

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1971

THESE

N^o

31

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Paul HUBMANN

Né le 7 mars 1944 à PARIS

Interne de la Région du Centre

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LE COMPORTEMENT DES PORTEURS DE PACE-MAKERS

A propos de 35 observations

Président : M. J. FACQUET, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI**

ANNEE 1971

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Jean-Paul HUBMANN

Né le 7 mars 1944 à PARIS

Interne de la Région du Centre

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LE COMPORTEMENT DES PORTEURS DE PACE-MAKERS

A propos de 35 observations

Président : M. J. FACQUET, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A ma Femme

A mes Parents

A mes Beaux-parents

A toute ma Famille

Avec ma profonde affection.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur J. FACQUET

Professeur au CHU Pitié-Salpêtrière

Médecin des Hôpitaux de Paris

Avec notre respectueuse reconnaissance
pour le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556004_0004

A Monsieur le Professeur Agrégé J.J. WELTI

qui a bien voulu nous confier les dossiers
relatifs à l'élaboration de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de toute ma
gratitude.

Au Docteur G. FONTAINE

Attaché au Service de Cardiologie du Pr. FACQUET

qu'il soit assuré de mes remerciements
les plus sincères pour le bienveillant
accueil qu'il m'a fait à sa consultation.

Au Docteur Pierre GELE

Cardiologue du Centre Cardio-vasculaire de DREUX

En remerciement de son patient et affectueux
enseignement, nous lui exprimons ici toute
notre amitié.

Au Docteur C. FRANC

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique Orthopédique à la Faculté
de Médecine de Paris

Qu'il trouve ici l'expression de mes
sentiments respectueux.

Aux Médecins et Chirurgiens de l'Hôpital de DREUX :

- DUBOST
- DUCHATEAU
- GODEFROY
- JAEGER
- MONECIER du SORBIER
- ROZENBERG
- TEISSIER
- TOSTIVINT

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris

A Messieurs les Membres de mon Jury de Thèse.

INTRODUCTION

Sous la conduite amicale du Docteur FONTAINE, nous avons eu l'occasion d'étudier le comportement psychique de sujets porteurs de générateurs d'impulsions électriques implantés (appelés "Pace-maker" par les auteurs de langue anglaise).

Dans une première partie, nous rappellerons l'historique, la séméiologie clinique et électrocardiographique de la maladie d'Adams-Stokes, indication principale de l'implantation de cardiostimulateurs, ainsi que les étapes successives des thérapeutiques qui ont été proposées.

Dans la seconde, nous rapporterons nos observations cliniques brièvement commentées.

Enfin, dans la troisième, nous essaierons de dégager les traits de caractère essentiels des sujets appareillés.

HISTORIQUE ET SEMIOTIQUE

RAPPEL HISTORIQUE

C'est en 1761 que MORGAGNI décrit la première observation de bradycardie syncopale.

Soixante-trois ans plus tard, en 1831, ignorant les travaux de l'anatomiste de Bologne, ADAMS publie le cas d'un malade ayant pendant 7 ans présenté 20 attaques d'"apoplexie". Dont il s'était remis sans séquelles, le pouls battait à la fréquence moyenne de 30 fois par minute.

Quinze ans après la description d'ADAMS, STOKES, à l'occasion de plusieurs cas personnels avec contrôle anatomique met en évidence des lésions des artères coronaires. Il établit la relation entre la "fausse apoplexie" et le ralentissement du pouls. Il remarque le signe clinique capital : "la pulsation remarquable de la veine jugulaire droite dont la fréquence est au moins double de celle des contractions ventriculaires". Il explique le mécanisme de la "fausse apoplexie" par une ischémie cérébrale transitoire.

Ainsi, bien que les mécanismes fondamentaux de la contraction cardiaque fussent encore ignorés, STOKES avait réuni les caractères physiopathologiques et anatomo-cliniques du bloc auriculo-ventriculaire complet.

En 1886, HUGHART et en 1889, CHARCOT nient l'existence de lésions cardiaques et soutiennent une théorie neurogène du pouls lent permanent.

Grâce à la découverte du faisceau qui maintenant porte son nom, HIS en 1895, coupe définitivement cours aux différentes hypothèses pathogéniques et ouvre par là-même une nouvelle voie à la physiologie cardiaque. Il réalise chez le chien la section du faisceau et obtient ainsi la première dissociation auriculo-ventriculaire expérimentale. Pendant l'année 1901, observant un cas de maladie de STOKES-ADAMS, il crée le terme de "Herz-Block" et évoque à ce sujet la possibilité d'une interruption de la conduction auriculo-ventriculaire.

La découverte de l'électrocardiographie devait apporter à l'hypothèse de HIS une éclatante confirmation.

En 1910, VAQUEZ et ESMEIN puis en 1915 ROUTIER réalisent les premières synthèses cliniques. En 1931 MAHAJN constitue une première étude anatomopathologique d'ensemble sur les "maladies organiques du faisceau de HIS". GONIN dans sa thèse (1938) précise les caractères cliniques et électro-cardiographiques de la maladie de STOKES-ADAMS.

Actuellement la chirurgie cardiaque, à l'origine de blocs auriculaires traumatiques quasi-expérimentaux permet de préciser le mécanisme de l'affection.

RAPPEL CLINIQUE

Nous ne rappellerons ici que les principaux signes de la bradycardie permanente par bloc auriculo-ventriculaire complet : le "pouls lent permanent" survenant chez l'homme après la cinquantaine.

Il s'agit d'une bradycardie importante de fréquence inférieure à 40 pulsations par minute, classiquement stable et immuable. En fait, si le rythme cardiaque n'est pas modifié par l'effort les émotions, la fièvre et les diverses manœuvres cliniques, il n'en est pas moins vrai qu'il est susceptible de variations spontanées. Certaines drogues (sympathomimétiques, lactate de sodium, corticoïdes) sont aussi capables d'accélérer le rythme.

- L'auscultation cardiaque met en évidence :

- les "systoles en écho" (HUCHARD), galop de bloc (GALLAVARDIN)

- le bruit de canon (STRACHESKO)
- de façon inconstante un souffle systolique nésocardiaque irradiant aux vaisseaux du cou en dehors de toute atteinte aortique ou mitrale.
- En général le pouls est fort et ample.
- La pression artérielle montre :
 - une maxima souvent élevée grossièrement proportionnelle au Taux de bradycardie.
 - une minima abaissée.
- La dissociation auriculo-ventriculaire se reconnaît parfois dès l'inspection des jugulaires. (Signe découvert par STOKES en 1846).
- Les mesures hémodynamiques récentes effectuées à l'aide d'isotopes radio-actifs ont permis de dégager deux types hémodynamiques :
 - le plus souvent (66% des cas)
 - débit et
 - index cardiaque sont subnormaux malgré
 - une bradycardie importante
 - l'éjection systolique est constamment augmentée (100 ml)
 - dans 33% des cas :
 - débit et
 - index cardiaques sont nettement abaissés
 - l'éjection systolique est normale.

On conclue donc de cette étude :

- que dans le premier type hémodynamique il existe une adaptation du coeur à la bradycardie, donc une compensation.
- que dans le second, le bloc auriculo-ventriculaire donc la bradycardie entraîne une chute de débit.

L'évolution des bradycardies par bloc auriculo-ventriculaire est marquée par des accidents neurologiques. Ils traduisent une anoxie cérébrale transitoire par arrêt du flux sanguin. Ils peuvent être classés selon leurs gravités sous 3 rubriques :

- "Les vertiges" : dénomination commune peu médicale, puisqu'il ne s'agit pas d'un vertige au sens strict du terme, il conviendrait de remplacer ce vocabulaire par étourdissement ou absence brève survenant 10 à 15 secondes, période de tolérance non ressentie par le patient après la suspension.

Le vertige dure moins de 20 secondes :

Le malade ressent une sensation de faiblesse brutale - l'interrogatoire de l'entourage affirme le diagnostic lorsqu'il rapporte :

- brusque pâleur de la face
 - interruption brutale du geste ou de la parole puis :
 - brusque reprise de la coloration normale et de l'activité suspendue par le malade, celui-ci s'excusant souvent du léger malaise qu'il vient de ressentir.
-
- Lorsque la pose ventriculaire ou le rythme inefficace dure de 20 à 30 secondes il s'agit de la syncope véritable, accident majeur marqué par :
 - une perte brutale inopinée de la conscience entraînant une chute lourde aux conséquences traumatiques variables avec :
 - relâchement musculaire complet
 - la durée en est variable 1 à 2 minutes puis :
 - brusquement le visage se recoloré, ce qui correspond à
 - une reprise immédiate et d'emblée parfaite de la conscience.
-
- Les syncopes graves comportent des manifestations neurologiques plus importantes :
 - spasmes toniques

- crises cloniques au niveau des membres
- pertes d'urines et des matières sont plus fréquentes qu'il n'est classique de le dire au cours de ces formes graves.

L'arrêt circulatoire d'une syncope considérée comme grave (état de mort apparente) dure environ 1 minute.

Habituellement ces accidents neurologiques surviennent spontanément, de façon imprévisible - Cependant parfois il peut exister des facteurs déclenchants :

- non pas l'effort qui dans ce domaine paraît n'avoir que peu d'influence
- mais les causes d'excitation vagale
 - réflexivité sino-carotidienne
 - syncope de déglutition, de défécation, de miction qui bien qu'elles soient souvent banales doivent chez un sujet âgé faire rechercher avec soin un trouble de conduction.

Chez un même patient, ces accidents se succèdent de façon variable. Un véritable état de mal est réalisé lorsque les syncopes se répètent.

L'exploration électro-encéphalographique a permis de préciser le mécanisme exact des crises du syndrome d'ADAMS-STOKES.

- La bradycardie n'entraîne par elle-même aucune altération électro-encéphalographique.
- Au cours des crises, on observe chronologiquement :
 - une réduction d'amplitude des tracés
 - suivie d'ondes lentes anoxiques
 - enfin, aplatissement (cette dernière altération demandant pour être observée un arrêt circulatoire d'au moins quarante-cinq secondes).

- En 5 secondes, après quelques ondes lentes, le tracé, lors de la reprise circulatoire, reprend son aspect antérieur.

L'étude EEG démontre de façon formelle que les crises d'ADAMS-STOKES sont bien dûes à une anoxie cérébrale.

L'évolution à long terme des bradycardies par bloc auriculo-ventriculaire est imprévisible. La mort subite peut à chaque instant être l'issue de ces accidents. Lors des pertes de connaissance, il n'existe aucun argument clinique permettant de dire qu'il s'agit d'une syncope spontanément résolutive ou d'une mort subite. Cette menace permanente contraste avec la guérison presque toujours sans séquelle de ces attaques de "fausse apoplexie".

Le pronostic lointain des blocs auriculo-ventriculaires est donc impossible à fixer : en effet, l'espérance de vie après l'installation de la maladie varie de quelques heures à plus d'une dizaine d'années.

RAPPEL ELECTROCARDIOGRAPHIQUE

- Les bradycardies avec commande ventriculaire correspondent aux blocs auriculo-ventriculaires du 2^e et 3^e degrés.
- Deux aspects électrocardiographiques seront à dégager :
 - l'ECG de base
 - l'ECG lors des manifestations de "fausse apoplexie".

L'E.C.G. de base correspond aux BAV du 1^{er} et du 2^e degrés.

- Dans le BAV du 1^{er} degré, auriculogrammes et ventriculogrammes s'inscrivent de façon totalement indépendante.
Les premiers à un rythme voisin de la normale, les seconds à une fréquence lente de l'ordre de 25 à 40/mm. Ce tracé de base peut être interrompu par :
 - soit des extra-systoles ventriculaires isolées ou en salve
 - soit des phénomènes de capture .
- Dans le BAV du 2^e degré, il existe une commande partielle des QRS par les P : 1 P sur 2 ou 3 ou 4 ne reçoit pas de réponse ventriculaire. Le PR des "complexes sinusaux" est normal ou allongé, en tous cas il est constant.
L'allongement progressif de PR réalise les périodes de LUCCIANI-WENCKEBACH.
- Au cours des BAV, les ventriculogrammes sont souvent altérés à type de

retard droit ou gauche; parfois, aucune systématisation n'est possible.

- Les BAV à complexes QRS fins semblent correspondre à des BAV congénitaux.

Au cours de la crise d'ADAMS-STOKES l'ECG permet de mettre en évidence 3 types de tracés :

- Dans la majeure partie des cas, il s'agit d'une pause ventriculaire : il n'y a pas de QRS, seules les ondes P sont présentes. La reprise ventriculaire s'annonce :
 - soit par des complexes ventriculaires déformés et isolés
 - soit par une brève salve de Tachycardie ventriculaire.
 - soit par une reprise brusque du rythme de base.
- Ailleurs, la suspension hémodynamique est en rapport avec une fibrillation ventriculaire transitoire ou avec une torsade de pointe.
- Enfin, dans quelques cas, la syncope est due à une bradycardie extrême faite de QRS élargis, déformés, s'inscrivant à la fréquence de 10 à 15 par minute. Ces trop rares systoles sont bien sûr incapables d'assurer un débit cardiaque suffisant.

Ces divers aspects électrocardiographiques peuvent survenir chez un même malade.

- leur traduction clinique est univoque car tous ont pour conséquence l'arrêt circulatoire.
- enfin, il faut souligner que certains BAV sont paroxystiques et que, en dehors des crises, les tracés peuvent ne montrer qu'un discret allongement du PR (BAV du 1er degré).
Dans certains cas plus rares, le tracé est entièrement normal.

THERAPEUTIQUE

Le bloc auriculo-ventriculaire a connu ces dernières années auprès des médecins et singulièrement des cardiologues, un regain d'intérêt grâce aux dé-

couvertes de thérapeutiques efficaces :

- d'une part médicamenteuses : solution molaire de lactate de Na puis Ephédrine et iso-propyl nor-adrénaline qui permettent une fois le diagnostic de crise d'ADAMS-STOKES établi, de passer un cap difficile et d'évacuer le patient sur un centre spécialisé.
- d'autre part électronique : entraîneurs électro-systoliques ou "pace-makers" permettant de redresser des situations qui, il y a peu d'années encore, paraissaient irrémédiablement compromises" (LENEGRE et GERBAUX)
Notons que dès 1872, DUCHENNE de Boulogne avait entrevu la possibilité de l'entraînement électrosystolique.

Les indications d'implantation des "pace-makers" se sont notablement élargies. En effet en 1958, SENNING posait le premier pace-maker pour prévenir les arrêts cardiaques de la maladie d'ADAMS-STOKES.

Actuellement, bien qu'il existe un problème du à la longévité des piles au mercure (18 à 20 mois), les matériels électroniques de prothèse étant sûrs et la technique de sonde endocavitaire évitant la thoracotomie, il semble licite d'implanter un cardio-stimulateur dès que la maladie a été reconnue, même si elle ne s'est pas compliquée d'accident paroxystique.

Il ne faut jamais perdre de vue qu'à tout instant, un bloc auriculo-ventriculaire complet, même bien toléré, peut se compliquer d'une syncope ou d'une mort subite.

Des études récentes semblent montrer que les sympatho-mimétiques administrés par os sont incapables d'espacer la fréquence des accidents paroxystiques du bloc ou de réduire la durée de l'asystolie d'une pose ventriculaire.

Ainsi, lorsque un bloc est découvert chez un patient, il importe de bien faire comprendre à ce dernier que la thérapeutique médicale ne le met pas à l'abri des accidents évolutifs et que "l'appareillage électrique est le seul traitement réellement efficace".

Si celui-ci refuse l'appareillage, on lui fera prendre conscience sans l'affoler, des risques que comporte sa maladie : apparition ou récurrence de syncope dans son métier, au volant de son automobile, etc...

On lui expliquera de même la nécessité lors de ces incidents de se faire transporter le plus rapidement possible dans un service de cardiologie.

L'entourage du patient sera lui aussi informé de ces risques afin de persuader le récalcitrant de la nécessité de la pose d'un "pace-maker".

Il convient de noter que si le pouls lent permanent et ses accidents paroxystiques constituent l'indication principale de la pose des "pace-makers", d'autres maladies plus rares sont justifiables de la même thérapeutique : maladie rythmique de l'oreillette, bloc sino-auriculaire, bloc intrasinusal, certains syndromes du QT long compliqués de torsade de pointe. Toutes ces maladies ont en commun les pertes de connaissance soudaines et inopinées, rarement précédées de prodromes. Il est clair que dans de tels troubles du rythme myocardique seule l'implantation d'un cardiostimulateur intra-corporel puisse prévenir les récurrences syncopales.

Avant que les cardiostimulateurs soient suffisamment miniaturisés et techniquement au point, il convient de mentionner un essai de stimulateur externe :

En particulier, un malade du Dr GELLE (CCV Dreux) qui présentait des accès paroxystiques subintrants en rapport avec des salves de tachycardie ventriculaire, réagissant mal à des doses importantes d'Isoprotérénol. Deux électrodes épicaudiques puis par la suite 4 électrodes de même type (multiplication car les matériaux d'alors (1960) se polarisaient et les électrodes devenaient inefficaces) avaient été implantées avec les fils à la peau, le malade pouvant les relier lui-même "à la demande" au cardiostimulateur externe alors expérimental.

Le malade éduqué en milieu hospitalier, se branchait soit au décours d'une "crise brève" afin d'en éviter la récurrence, soit avant la crise.

Il s'agissait d'une maladie d'Adams-Stockes vieillie, le sujet sentant parfois venir les crises.

Ainsi le malade fut suffisamment "conditionné" et pu regagner son domicile. Certaines opérations de réglage de l'amplitude et de la fréquence du pace-maker s'effectuaient par téléphone.

Le patient vécut ainsi de Février à Juin 1960.

Il fut retrouvé mort près de son appareil car, les faits furent ainsi interprétés, il n'avait pas eu le temps de prévenir une crise et lors de sa chute, il avait heurté l'angle d'un meuble, ce qui l'avait assommé.

On conçoit aisément que ce type de traitement ne soit proposable à tous les patients, et ce pour plusieurs raisons :

- nécessité de la part du malade d'une prise de conscience parfaite de son affection avec tous ses risques évolutifs, ce qui implique :
 - une forte personnalité sans tendance suicidaire ou du moins dépressive
 - les pauses ventriculaires ne sont habituellement pas précédées de prodromes, mais surviennent de façon inopinée ("à l'emporte-pièce").

Avant de rapporter les différents cas étudiés en consultation externe, nous rappellerons brièvement les divers appareillages employés :

Les électrodes de stimulation les plus fréquemment utilisées sont :

- les électrodes myocardiques "dites 5814"
(encore appelées épicaudiques)
- les sondes parmi lesquelles on distingue deux types :
 - les monopolaires Cordis
 - les bipolaires 5816 et 5818.

Quant aux cardiostimulateurs proprement dits, on peut les ranger en deux grands groupes :

- les stimulateurs à fréquence fixe :

- Chardack Medtronic 5860, 5962, 5962-C
5864 et 5870-C
- Cordis Ventracor IIIIG7 et IIIIG7
- ELA 5570-B.

- les stimulateurs dits "sentinelles" qui, au contraire des premiers, ne fonctionnent que lorsque la fréquence cardiaque s'abaisse au-dessous d'un certain seuil déterminé à l'avance :

- Certains sont dits "inhibés par l'onde R"
de Medtronic 584I
- D'autres "synchronisés sur l'onde R"
le Cordis Ectonor 129-E-7.

Nous avons pris les observations à la consultation spécialisée des Pace-makers de La Salpêtrière.

Nous nous sommes basés pour les rédiger :

- d'une part sur les dossiers d'hospitalisation et de consultation
- d'autre part, nous avons eu avec chaque patient un entretien semi-dirigé avec quelques questions :

Avez-vous refusé le Pace-maker ?

Avez-vous confiance ?

Vous sentez-vous en sécurité ?

Comment envisagez-vous le changement de boîtier ?

Bien sûr, toute question relative à la mort subite ou à une éventuelle panne de stimulation a été soigneusement évitée afin de ne pas inquiéter le patient.

Nous nous sommes quelque peu inspiré de la méthode préconisée par Michael BALINT et qui consiste en l'exposition libre de son cas par le malade.

OBSERVATION N° 1

Mademoiselle S. 76 ans, professeur de Sciences naturelles, retraitée, se présente comme une femme légèrement obèse.

Sans antécédents pathologiques particuliers, elle présente depuis 1961 une Hypertension artérielle modérée avec hyperazotémie.

En 1965, apparaît un Angor d'effort.

En Juin 1965, on constate : au fond d'oeil, une rétinite hypertensive stade II, alors qu'une dyspnée d'effort se fait jour.

Pendant qu'elle subit un examen (clearance de l'urée) elle perd connaissance, le lendemain, le 6 Juin, elle est hospitalisée : elle présente un BAV 2/1 et du 6 au 11 Juin, elle est sujette à 5 crises de tachycardie ventriculaire soit spontanément résolutive soit nécessitant un choc électrique externe.

Un entrapinement électrosystolique est institué le 11 Juin (électrodes épicoardomyocardiques 58-14) suivi de l'implantation d'un 5860.

En post-opératoire, on notera : un épanchement pleural de la base gauche sans doute en rapport avec une phlébite de la jambe droite (tous signes régressant sous corticoïdes).

Sur le plan psychique, Mlle S... est neurotonique, enjouée.

Ayant, dû, pour des raisons familiales, travailler de bonne heure elle a su surmonter seules toutes sortes de difficultés pécuniaires familiales, professionnelles.

Aussi pour elle, cet épisode aigu n'a-t-il été qu'un incident; elle n'avait pas la notion d'une maladie grave; elle a refusé primitivement la pose du cardiostimulateur mais s'est laissée convaincre lorsqu'on lui a expliqué que c'était là la seule solution.

Mlle S... porte actuellement son 3è pace-maker à rythme fixe.

Elle a confiance dans l'appareillage et se sent en sécurité.

Elle prend son pouls une fois par jour, mais ce moment passé, elle oublie

complètement son appareillage et mène une vie active : ses activités ménagères lui sont aisées et même elle voyage en train, en avion; etc... sans être accompagnée.

De l'entretien avec Mlle S... ressort un réel optimisme, un désir intense de vivre, de connaître, de voyager, et surtout une certaine fierté de porter un appareil qui la fait vivre :

"Elle est un oas".

Mlle S... est heureuse de ne pas être malade, donc diminuée physiquement, alors qu'elle sent très bien qu'elle pourrait l'être.

OBSERVATION N° 2

Madame L.C., 71 ans, entrée dans la maladie en 1963 par une perte de connaissance mal précisée, un diagnostic d'infarctus du myocarde aurait alors été posé.

La malade reçoit alors un traitement par anti-coagulants.

Il ne se passe rien jusqu'en 1967, année où la patiente perd 5 fois connaissance.

On constate alors une fréquence cardiaque à 30/mn.

La prescription d'Isoprotérénol ramène un rythme sinusal à 120/mn.

La pose d'un cardiostimulateur est décidée après la mise en place d'une onde 5816, s un pace-maker 5870C à fréquence fixe est implanté le 2 Novembre 1967.

A la suite de la pose du Pace-maker, on observe une lymphangite du membre supérieur gauche à la suite de perfusions.

L'évolution en sera favorable.

Le 22 Juillet 1967, on substitue de façon systématique un Pace-maker sentinelle 5841.

Mme L.C. qui n'a pas de passé pathologique particulier, se cache volontairement la gravité de sa maladie en prétendant le contraire.

Elle n'a pas refusé la thérapeutique et reconnaît que ladite thérapeutique a dépassé ses espérances.

Certes, elle ne souffre pas du Pace-maker implanté en avant du grand pectoral droit, certes elle a confiance en l'appareillage, elle n'a pas non plus peur de la future intervention de remplacement, mais cependant bien que se disant en sécurité, elle vit cristallisée autour de son Pace-maker.

Elle y pense sans cesse, elle compte quotidiennement ou parfois plus son pouls à la recherche d'un début de défaillance de l'appareil.

Lors des consultations, elle se fait confirmer de nombreuses fois le bon fonctionnement de son appareil.

Chez cette patiente, la crainte d'un épuisement des piles est telle qu'elle aurait préféré qu'on lui changea tout de suite son Pace-maker.

Bien que Mme L.C. le nie, il ressort de cet entretien une atmosphère d'inquiétude et d'insécurité permanentes progressivement croissantes qui sont partiellement et momentanément atténuées lors des consultations lorsqu'on lui dit que son Pace-maker fonctionne bien. Cependant il est visible que Mme L.C. ne sera tranquillisée que lorsqu'elle portera son 3^e Pace-maker, puis la situation évoluera de façon cyclique jusqu'au 4^e, etc...

OBSERVATION N° 3

Monsieur B., conducteur de taxi, retraité, 72 ans, est hospitalisé à Versailles en 1968 (70 ans) à la suite de 2 syncopes brèves.

A son arrivée, le coeur bat à 14/mn !

Malgré des perfusions d'Isoprotérénol, la fréquence cardiaque ne s'accroît pas au-delà de 40.

Un Pace-maker à fréquence fixe Chardack Medtronic 5870C est implanté le 29 Décembre 1968, après la mise en place de sonde 5816.

Ce Pace-maker est remplacé (début d'épuisement) par un ELA 5570 le 9 Juillet 1970.

M. B. ne considérait pas sa maladie comme grave et a accepté la pose du Pace-maker.

Il s'agit d'un sujet jovial communiquant facilement.

Il se plaît à dire : "j'aurais accepté n'importe quel traitement pour pouvoir conduire ma voiture". M.B. ne souffre pas de la loge du boîtier, il se sent pleinement en sécurité : il oublie son appareillage, il ne prend pas son pouls, estimant que les consultations médicales, que son entourage doit parfois lui rappeler, sont amplement suffisantes. Pour lui, le changement du Pace-Maker se fera lorsqu'il sera temps; il envisage ce changement comme une nécessité certes, mais sans appréhension comme un acte quasi-naturel.

M. B. est donc parfaitement adapté à sa maladie, il n'y pense pas, et lorsqu'il en parle, c'est sans anxiété avec sérénité.

Il conduit sa voiture, voilà qui lui suffit.

OBSERVATION N° 4

Monsieur BR. est arrivé à l'hôpital en Février 1969 en état de mal syncopeal.

M. BR. qui avait alors 74 ans avait déjà eu, depuis Septembre 1968, une dizaine de syncopes dont certaines sous Isoprotérénol et/ou Ephédrine.

Un Pace-maker à fréquence fixe 5570 B ELA était donc implanté le 10 Février 1969.

Au cours de cette hospitalisation, un électroencéphalogramme pratiqué s'était révélé normal.

Le 6 Octobre 1970 un Pace-maker du même type était implanté -(changement systématique).

M. BR. a conscience d'un changement important de sa vie depuis la pose du premier Pace-maker.

En effet, M. BR. souffrait beaucoup de ses pertes de connaissance; il avait conscience que l'une d'elles pouvait être terminale, en outre "mes syncopes dit-il, pouvaient être dangereuses pour les autres", aussi Mr BR. n'a-t-il pas refusé le Pace-maker lorsqu'on lui a proposé.

Ce patient se sent maintenant en sécurité; il se prend quelquefois le pouls. Il envisage le remplacement de la "pile" de façon sereine et comme une absolue nécessité.

Ayant eu des syncopes sous sympathomimétiques et n'y étant plus maintenant il considère le Pace-maker comme son "salut" puisqu'il peut mener tranquillement sa vie de retraité.

M. BR. est donc optimiste et très admiratif vis-à-vis du Pace-maker et de l'équipe médicale.

Il n'y a chez lui aucune manifestation anxieuse ou dépressive.

OBSERVATION N° 5

Monsieur MAN., un patient de 75 ans, sans antécédent pathologique particulier, vernisseur chez qui un pouls lent permanent 38/mn, est découvert en 1965; il est alors traité par Isoprotérénol et Prednisone. Les prescriptions sont plus ou moins bien suivies : le 6 Novembre 1968, M. MAN est victime de sa première syncope.

Après la mise en place d'une sonde 5818, un Pace-maker à fréquence fixe 5870-C est implanté le 29 du même mois.

A ce premier Pace-maker sera substitué un second ; MELA 5570B le 22 Juillet 1970 (changement pour usure normale).

Sur le plan somatique, il s'agit donc d'un cas relativement simple.

M. MAN semble psychiquement bien équilibré, il se sent en sécurité, ne prend que rarement son pouls, mais se trouve parfois gêné lors des mouvements par la poche du Pace-maker.

Lorsqu'un cardiostimulateur lui a été proposé, M. MAN a primitivement refusé la thérapeutique. Il prétendait être trop âgé, mais à la suite de discussions, il s'est laissé convaincre; il ne trouve pas maintenant cette thérapeutique tellement différente de la prise de comprimés ou de piqûres.

Il ressort de cet entretien, sinon un ennui de la part du malade de parler de son affection, tout du moins une différence réelle, M. Man étant un sujet relativement taciturne et apragmatique.

OBSERVATION N° 6

L'histoire de M. POR..., peintre retraité, débute en 1964. Il est alors âgé de 65 ans, il aurait été atteint d'un infarctus du myocarde antéro-septal.

M. POR. a ses premières syncope en 1966, mais ne prend pas conscience de la gravité de sa maladie.

L'implantation d'un Pace-maker est proposée au patient qui la refuse par peur d'une thoracotomie. (Durant son séjour hospitalier, un voisin de lit ayant eu des problèmes de tolérance du boîtier avait dissuadé le malade de se laisser opérer). Le malade reçoit donc de l'Isoprotérénol jusqu'en Novembre 1968.

Il accepte alors l'implantation car cette dernière drogue ne s'est accompagnée que d'une amélioration toute relative, et malgré elle en Novembre 1968, la fréquence cardiaque n'était que de 38/mn.

Une sonde Chardack Medtronic 58I8, puis un stimulateur inhibé par l'onde R Chardack 584I est implanté le 25 Novembre 1968.

Le premier changement de boîtier a lieu le 5 Juin 1970 (ELA 5570B à fréquence fixe) à la suite de sensations vertigineuses dues à l'épuisement de la première pile.

Le malade a certes confiance dans l'appareillage mais il "sent" son Pace-maker.

Bien que se prétendant en sécurité, il fait compter son pouls tous les jours par son épouse. Il s'agit là d'un sujet "petit anxieux", se défendant de son anxiété.

Il affecte un certain désintérêt vis-à-vis de sa maladie et du Pace-maker, cependant on note chez lui un besoin d'être rassuré au sujet de son état et de celui du cardiostimulateur.

L'indifférence affectée par ce patient semble devoir être respectée par le praticien, car c'est un mécanisme de défense inconscient qui aide le malade à supporter son affection.

OBSERVATION N° 7

Monsieur ROL..., 64 ans, professeur de musique, est entré dans sa maladie par l'intermédiaire d'une insuffisance cardiaque, traitée pendant 2 ans par l'Isoprotérénol, puis surviennent 2 pertes de connaissance brèves, alors que le patient est sous traitement. Il prend jusqu'à 18 comprimés d'Isoprotérénol par jour.

Le 7 Décembre 1968, un électrostimulateur à rythme fixe 5870C est implanté après la mise en place d'une sonde 58I6.

M. ROL. est réhospitalisé en 1970 pour un syndrome douloureux thoracique auquel aucune étiologie n'est reconnue; on constate uniquement à l'ECG une parasystolie par compétition entre un rythme sinusal et l'électro-stimulateur.

M. R. était conscient de la gravité de sa maladie, aussi a-t-il accepté un Pace-maker d'emblée.

Depuis lors, il se sent en sécurité (grande confiance dans la technique moderne).

En aucune façon, il n'attribue l'incident intercurrent au Pace-maker.

Bien que se sentant complètement dépendant de l'appareillage, M. R.

l'oublie souvent complètement. Il ne compte son pouls que rarement.

Actuellement, les piles débutent leur épusement, le patient en est conscient; il n'existe chez lui aucune appréhension quant au changement de boîtier.

M. ROL. connaît sa maladie et les problèmes qui en découlent mais les appréhende calmement sans anxiété.

OBSERVATION N° 8

Dans les antécédents de M. BAR..., grainetier retraité, de 84 ans, on relève dans l'enfance une méningite non étiquetée et une réforme au service militaire pour une tuberculose du sommet droit.

En Février 1969, M. Bar. en l'espace de 20 jours, est sujet à 4 pertes de connaissance relativement brèves.

Pendant son hospitalisation, à l'arrêt de la perfusion d'Isoprotérénol, M. BAR fait une nouvelle perte de connaissance.

Une sonde 5818 est alors placée, elle sera remplacée 10 jours plus tard, puis le 7 Mars 1969, le patient reçoit un Pace-maker Chardack Medtronic 58700.

Bien que n'ayant pas toute la conscience de la gravité de sa maladie, M. BAR.

a immédiatement accepté la pose d'une "pile", en laquelle il a une grande confiance; il se trouve en sécurité; il ne prend jamais son pouls. M. BAR est persuadé de la nécessité de son appareillage l'implantation de la pile a dépassés "ses espérances". Son activité est supérieure à celle qu'il envisageait avant de recevoir sa "pile".

Il n'appréhende pas le changement de pile.

En résumé, il s'agit d'un sujet calme à l'optimisme raisonné.

OBSERVATION N° 9

Monsieur GUI..., 85 ans, Ingénieur E.D.F., retraité, a reçu son Pace-maker (rythme fixe 5841) le 25 Août 1969 : auparavant, du mois d'Avril au mois d'Août, le patient avait eu 4 syncopes de durée brève, les 3 dernières étant survenues sous traitement par Isoprotérénol.

Depuis sa mise en place, le Pace-maker est bien toléré tant sur le plan local que général (l'entraînement électrosystolique ne pose pas de problème particulier).

M. GUI. n'avait pas la notion de gravité de sa maladie. Lorsqu'on lui a proposé il n'a pas refusé le Pace-maker.

Ce patient expose son comportement vis-à-vis de son Pace-maker : certes il lui demandait la suppression des syncopes, donc la possibilité d'une vie normale. A ce sujet, M. GUI. est satisfait, mais il estime que l'intégrité de sa personne n'est pas respectée. Il considère que le Pace-maker est un "parasite" quelque chose de surajouté à son organisme et qui le fait vivre.

M. GUI. déplore que ses pulsations cardiaques ne soient pas spontanées mais sous la dépendance d'un appareil.

Il envisageait le Pace-maker comme une thérapeutique transitoire permettant de passer un mauvais cap, mais non comme une solution définitive.

Lors de la consultation externe spécialisée, il a beaucoup insisté sur ce fait.

Cependant, M. GUI. se sent parfaitement en sécurité; il se déplace seul, mène une vie active physiquement et intellectuellement (il lit beaucoup). Il ne compte que sporadiquement ses pulsations; il a confiance en l'appareillage.

Quant au changement de boîtier, ce patient certes l'acceptera, mais encore une fois à regret, car il ne semble pas vouloir être persuadé que l'affection dont il souffre est chronique.

De plus, il évoque la mort, non pas par une panne ou épuisement de la batterie de pile, mais simplement la mort naturelle, et bien qu'il s'en défende ce problème lui revient fréquemment à l'esprit.

Il affecte de l'envisager sereinement car normale en fonction de son âge (85 ans) mais on note chez lui une anxiété certaine, voire de l'angoisse.

En résumé, il s'agit d'un sujet qui a mal accepté sa maladie et la sanction thérapeutique qui en découle.

Sans doute chez ce patient, s'est établi un équilibre entre l'idée de la mort relativement proche et la chronicité de la maladie; il est pensable que la maladie survenant sur ce genre de terrain mais à un âge plus jeune où l'espérance de vie est plus grande, aurait pu entraîner un véritable syndrome dépressif secondaire peut-être grave avec tendance voire même comportement suicidaire.

OBSERVATION N° 10

La première perte de connaissance dont Monsieur LEB... (68 ans), couvreur, a été victime, remonte à 1961; elle reste isolée et n'entraîne pas de traitement.

Entre 1967 et Mars 1969, le sujet a 7 syncopes avec chute; il est hospitalisé le 21 Mars 1969, le 15 Avril 1969, un Pace-maker sentinelle 5841 est implanté après mesure des seuils (sonde endocavitaire 5816).

Du fait de son métier, M. Le B. prend rapidement conscience de la gravité de sa maladie et n'ose plus sortir tout seul, aussi accepte-il facilement l'implantation d'un cardiostimulateur, d'autant qu'il en voit les bénéfices chez un voisin de lit. M. Le B. se dit en sécurité; il a confiance dans l'appareillage, il n'a pas, dit-il, peur de la récurrence des syncopes. Bien que menant une vie normale, il ne sort pas seul, car bien qu'il s'en défende, il persiste chez lui un doute quant à la possibilité de récurrence syncopale; il insiste bien sur le fait qu'il ne sort pas seul. M. Le B. se sent dépendant de son Pace-maker; il en envisage le changement comme une nécessité, mais sans plus. Ce patient ne présente certes aucun stigmate du syndrome dépressif mais on note chez lui une anxiété certaine.

OBSERVATION N° II

Madame MAS... 73 ans, sans profession, hypertendue et diabétique de longue date, a eu sa première syncope en Mai 1969 alors qu'elle faisait rééquilibrer son diabète.

La seconde survient quelques semaines après, le pouls est alors compté à 40/mn.

Le 23 Juin 1969, un cardiostimulateur à fréquence fixe 5870C est posé (sonde endocavitaire 5816).

Mme MAS. n'a pas refusé le Pace-maker, et depuis son implantation, elle mène une vie normale pour son âge. Elle a confiance en l'appareillage et ne

pense pas à d'éventuelle panne; elle ne prend que rarement son pouls. Elle se sent tout au moins vis-à-vis du Pace-maker, dont elle oublie l'existence, en sécurité. Si elle ne sort pas toute seule, c'est du fait du retentissement cérébral de l'hypertension artérielle et d'une rétinite diabétique.

Mme MAS. appréhende quelque peu les consultations spécialisées, car elle sait qu'à l'une d'elle on va lui annoncer que la batterie est usée et qu'il faut changer de boîtier.

Certes, cette patiente est convaincue de la nécessité de l'intervention, et ce n'est pas tant celle-ci qu'elle redoute que l'hospitalisation proprement dite.

Cependant, chez cette malade, on peut dégager un sentiment d'optimisme la maladie et le Pace-maker sont très bien supportés.

OBSERVATION N° 12

Madame MEY... 65 ans, boulangère, n'a eu qu'une seule perte de connaissance brève et complète alors qu'elle vendait du pain dans son magasin. Elle était porteuse d'un bloc 2/1; elle avait eu au préalable quelques sensations vertigineuses, qui associées au bloc avaient fait prescrire de l'Isoprotérénol.

Le 3 Mars 1969 un Pace-maker sentinelle 5841 est implanté (sonde 5816).

Cette syncope "à l'emporte-pièce" a d'emblée fait envisager à Mme MEY. la gravité de sa maladie, aussi n'a-t-elle pas refusé l'implantation du cardiostimulateur. Depuis l'appareillage, la patiente a repris ses activités professionnelles, elle en est elle-même surprise, elle ne pensait pas pouvoir le faire. Elle ne compte que sporadiquement ses pulsations.

Elle se sent en sécurité, elle sort toute seule, elle a certes une grande confiance dans le matériel, mais elle a pris la précaution de placer dans son sac, à côté de la carte d'identité un papier sur lequel est inscrit qu'elle est porteuse d'un Pace-maker.

Quant au changement de boîtier, il est considéré comme indispensable mais avec une certaine inquiétude vis-à-vis de l'anesthésie locale.

De cette observation ressort un sentiment d'optimisme mêlé d'une note d'inquiétude légère (peut-être ne s'agit-il que d'une patiente précautionneuse ayant envisagé diverses circonstances accidentelles au cours desquelles l'entourage doit être averti).

OBSERVATION N° 13

Madame GUE... est une jeune patiente de 33 ans, vendeuse dans une chomiserie. On note chez elle les antécédents pathologiques suivants :

- Lobectomie pulmonaire droite à l'âge de 24 ans pour dilatation des bronches à forme localisée.
- Un électrocardiogramme pratiqué de façon systématique dans le bilan pré-opératoire est normal). Au décours de la lobectomie : virage de outi asymptomatique.
- Intervention sur les sinus.
- Interventions stomatologiques.

L'histoire de la maladie cardiaque commence au début du mois de Janvier 1969 : à la visite de la médecine du travail, on aurait découvert :

- L'augmentation d'un souffle systolique connu depuis l'enfance
- Une arythmie complète.

Puis, le 26 Janvier 1969, au soir, en fermant ses volets, Mme GUE. a sa première perte de connaissance. Il y a récidence le lendemain alors qu'elle discute à table avec des familiers.

Alors que le 26.01, il s'agit d'une syncope vraie le lendemain, il s'agit plutôt d'un état crépusculaire.

Les deux manifestations ont le caractère "à l'emporte-pièce".

Le 28 Janvier, la patiente est hospitalisée, une sonde endocavitaire est montée qui va se déplacer. La malade est transférée à Paris où le 17 Février le chirurgien implante un Pace-maker en arrière des grands droits de l'abdomen.

En post-opératoire immédiat, on note une fièvre à 38/39°, l'entraînement électrosystolique est satisfaisant.

Trois jours après l'implantation, il faut retirer le Pace-maker car il existe une suppuration pariétale à staphylocoques.

Les électrodes épigastriques sont intactes, elles sont cependant retirées et remplacées par des électrodes de BRUNEAU reliées à un Pace-maker externe. Un traitement antibiotique intensif (Céphalosporine et Pristinamycine) entraîne une cédation de la suppuration et une normalisation de la température.

Le 3 Mars 1969 une sonde endocavitaire Chardack Medtronic 58I6 est montée suivie 4 jours après de l'implantation d'un cardiostimulateur à fréquence fixe Chardack Medtronic 58700.

Depuis lors, le Pace-maker est bien supporté et l'entraînement électro-systolique satisfaisant.

Au mois de Septembre suivant l'implantation, la malade fait un avortement spontané pour lequel aucune cause n'est retrouvée.

Si nous replaçons la malade dans son contexte familial et professionnel, nous nous apercevons que la dissociation auriculo-ventriculaire s'est fait jour 5 mois après son mariage.

D'emblée la patiente et son mari ont réalisé la gravité de la maladie.

Bien qu'il n'y ait eu que deux accidents paroxystiques.

La possibilité de mort subite a été spontanément évoquée par le couple.

L'hospitalisation a été bien acceptée; la malade est restée une dizaine de jours sous traitement dans un hôpital de province, l'hypothèse de la régression du trouble de la conduction ayant été émise.

Lorsqu'à été proposé la sanction thérapeutique définitive, ni la patiente ni son mari n'ont refusé. Avant l'implantation du Pace-maker, la malade ne pensait pouvoir mener une vie quasi-normale qu'elle a actuellement.

Elle a repris son travail antérieur, elle conduit sa voiture, de plus au moment où nous la voyons à la consultation spécialisée, elle est au cours du 7^e mois d'une grossesse sans problème.

Mme GUE. a une grande confiance dans l'appareillage qu'elle oublie le plus souvent.

Elle se sent en sécurité et ne compte son pouls que sporadiquement.

Quant au changement du boîtier, elle l'envisage sereinement comme une nécessité certes, mais sans appréhension (bien qu'il y ait eu lors de la première implantation une suppuration autour du Pace-maker).

La grossesse se déroulant normalement et les syncopes n'ayant pas récidivé Mme QUE/ semble n'avoir qu'un problème d'ordre esthétique : la cicatrice et le bombement du boîtier sous la peau en avant du grand pectoral, ce qui lui interdira de porter des corsages décolletés ainsi qu'un maillot de bain.

En résumé, de cette observation, il ressort chez cette jeune femme un grand sentiment d'optimisme; elle est consciente de la gravité de sa maladie et sait que le boîtier devra être changé périodiquement, mais elle estime qu'il ne s'agit pas là d'une grande invalidité et qu'elle peut (et elle le fait) mener une vie normale et active.

Elle n'a pas le sentiment d'être "parasitée" par un objet qui la fait vivre.

La maladie n'a pas non plus détruit l'harmonie de ce couple et si, son mari lui évite des tâches matérielles pénibles, il n'a pas acquis une attitude hyperprotectrice qui risquerait d'inhiber son épouse.

Il est réconfortant d'observer un tel couple qui connaît bien la maladie, la surveillance de temps en temps sans cristalliser toutes ses pensées sur elle et qui la supporte avec autant d'optimisme.

OBSERVATION N° 14

Madame OUL... 74 ans est une hypertendue (20 de maxima) de longue durée qui a eu une hémiplegie droite largement régressive.

Elle n'a eu que quelques syncopes en Mars 1969; un praticien prescrit alors de l'Isoprotérénol qui n'empêche pas la récurrence.

Le 24 Avril 1969, une sonde endocavitaire Cordis est placée suivie le 10 Mai 1969 de l'implantation d'un stimulateur Cordis Ventricor à fréquence fixe.

Depuis lors, Mme OUL. vit cristallisée autour de son appareillage; elle prétend certes avoir confiance et se sentir en sécurité, cependant elle compte son pouls 3 fois par jour afin de détecter des irrégularités ou un dysfonctionnement du Pace-maker.

Elle évoque spontanément la possibilité de mort subite et reconnaît deux causes : d'une part l'âge et d'autre part une panne.

Ces éventualités sont brièvement évoquées par la patiente qui affecte un comportement optimiste. Cette malade est donc une anxieuse, non pas une angoissée; il n'existe pas de manifestation somatique associée.

Sans doute, il aurait été dangereux d'insister sur ce caractère anxieux contre lequel elle déploie inconsciemment des mécanismes de défense.

Implicitement, ce type de patiente demande un réconfort de la part du médecin, aussi avons nous décidé de ne pas aller plus avant, l'éventualité d'un syndrome dépressif étant toujours possible.

OBSERVATION N° 15

Monsieur PEA... 70 ans, n'a d'autre antécédent pathologique qu'un diabète découvert en 1952 actuellement bien équilibré.

Le 12 Août 1968, M. PEA est victime de sa première syncope.

A la 2^e ou 3^e, il est hospitalisé après qu'un pouls lent paroxystique à 38/mn ait été constaté. Après l'introduction d'une sonde 5818, et mesure des seuils, un Pace-maker sentinelle inhibé par l'onde R (Chardack 584I) est implanté le 26 Août 1968.

Ce pace-maker fonctionne jusqu'au 8 Octobre 1969 soit pendant 14 mois de façon satisfaisante.

A cette période, le sujet se trouve asthénique il éprouve quelques sensations vertigineuses. Il est alors réhospitalisé.

A son entrée, on compte le pouls à 38/mn, et l'électrocardiogramme montre un entraînement électrosystolique particulier : axe du spike conservé mais diminution de l'amplitude et de la fréquence ainsi que des phénomènes de parasystolie. On conclut alors à l'usure de la pile; le malade reçoit pendant 3 jours des perfusions d'Isoprotérénol puis un Pace-maker à fréquence fixe (-Chardack Medtronic 5870C) est posé le 11 Octobre 1969.

Lors de sa première hospitalisation, M. PEA n'avait pas pris conscience de la gravité de sa maladie.

Cependant il n'a pas refusé ce mode de thérapeutique.

Au contraire, il a facilement accepté l'appareillage.

Depuis qu'il porte un Pace-maker, M. PEA peut laisser libre court à son désir d'originalité vis-à-vis de son entourage.

Il est très fier de subir ce mode thérapeutique inhabituel et le fait savoir à qui veut bien l'entendre.

Par ailleurs, ce patient a confiance dans l'appareillage et se sent parfaitement en sécurité.

Quant au changement de boîtier, il est envisagé comme une nécessité mais sans appréhension.

On peut donc conclure de cette observation que M. PEA vit cristallisé autour de son pace-maker, mais étant donné son psychisme antérieur : enjoué, le port de cette prothèse n'est pas ressentie péniblement. Il existe une certaine auto-observation et un degré de narcissisme que le sujet se plaît à faire partager à son entourage.

OBSERVATION N° 16

Monsieur POE... 83 ans a des antécédents chirurgicaux qui probablement ont influencé son comportement actuel, (nous le verrons plus loin).

En effet en 1932 cet ancien ébéniste a subi une appendicectomie, puis une cure de hernie inguinale.

En 1953, il est opéré d'une hernie discale pour sciatique droite paralysante; en 1958, il subit une intervention sur le maxillaire inférieur.

La maladie cardiaque commence en Septembre 1968 par une syncope.

Il y a récédive le 5 Décembre, le pouls est alors compté à 40/mn, de l'Iso-protérénol est prescrit qui le rétablit à 60/mn.

Cependant une récédive avec pouls à 30/mn se reproduit le 6 Avril 1969, puis le 14 Avril (2 fois).

Un ECG montre un bloc auriculo-ventriculaire 2/1 avec pauses.

Il n'y a pas de nouvelle syncope sous perfusion d'Isoprotérénol, le 19 Avril une sonde Chardack Medtronic 58I6 est poussée jusqu'à la pointe du ventricule droit, suivie le 6 Mai de l'implantation d'un Pace-maker sentinelle inhibé par l'onde R -Chardack Medtronic 584I).

Au décours de la pose du Pace-maker, le malade fait une ischémie aiguë du membre inférieur gauche due à l'oblitération de la fémorale superficielle. Une intervention est proposée mais l'anesthésiste la récuse en raison de l'âge avancé du patient. Un traitement médical entrepris entraîne une régression de la symptomatologie.

Le traitement proposé a été immédiatement accepté; ayant déjà subi des interventions chirurgicales, le malade n'a eu aucune appréhension à en subir une nouvelle.

Depuis lors, M. POE mène une vie normale pour un sujet de son âge.

Il a une grande confiance en l'appareillage et se sent en sécurité; il ne prend que rarement son pouls.

M. POE envisage le changement du boîtier comme une nécessité, mais sans appréhension (rôle important des précédentes interventions, qui sous anesthésie générale ou locale se sont bien déroulées).

On note chez ce malade une tendance narcissique : déjà avant que l'atteinte cardiaque ne se soit fait jour, il avait décidé de léguer son corps à la Faculté de Médecine; cette décision s'est trouvée renforcée depuis la mise en place du Pace-maker, aussi a-t-il fait toutes les démarches administratives nécessaires afin que ses volontés soient réalisées.

Il entend par cet acte remercier la Médecine. La Médecine et ses techniques l'ayant plusieurs fois aidé, il veut l'aider en lui permettant de rechercher les origines de la maladie.

La tolérance psychique du Pace-maker est bonne; il est fier de recevoir cette thérapeutique quelque peu exceptionnelle (il se considère comme un cas).

OBSERVATION N° 17

Chez Monsieur RUI... 73 ans, on note une hypertension artérielle et un diabète connus depuis 1945.

Actuellement ce patient arthrosique, a une activité limitée.

En 1966, ce malade a sa première syncope.

On prescrit alors de l'Isoprotérénol qu'il arrête spontanément en 1968.

En fait, la symptomatologie n'est pas modifiée par la prise de sympathomimétique, puisque de 1966 à Juin 1969 le malade a environ une dizaine de syncope. (Lors de la dernière, le pouls est compté à 18/mn avec une pause de 15 secondes).

Enfin, un Pace-maker à fréquence fixe 58700 est posé le 21 Juin 1969 (sonde 5816).

Ce sujet est un dépressif léger déjà soumis aux médecins (hypertension, diabète) chez qui la maladie de Stokes-Adams a été mal supportée : en effet, il a d'abord refusé l'implantation du cardiostimulateur par peur de l'hospitalisation, et du fait des syncopes pouvant survenir à tout moment, il n'osait plus sortir de chez lui.

Aussi, était-il très attristé par son état.

On peut parler dans ce cas de syndrome dépressif secondaire à la maladie invalidante.

De la pose du Pace-maker, il attendait certes une disparition des syncopes, mais aussi une réapparition d'un certain optimisme.

Le deuxième résultat est très imparfait.

Depuis lors, M. RUI se sent en sécurité; cependant bien qu'ayant confiance en l'appareillage, il compte son pouls tous les jours, la stabilité de sa fréquence cardiaque le rassure.

Quant au changement de boîtier, il est envisagé comme une nécessité, mais l'idée d'une hospitalisation est pénible à M. RUI., non pas tant à cause de l'intervention sous anesthésie locale que l'hospitalisation en elle-même avec éventuellement la nécessité de perfusions.

Chez ce malade, primitivement anxieux, le Pace-maker a certes apporté une amélioration objective incontestable, mais, sur le plan subjectif, il persiste un syndrome dépressif léger.

Le Pace-maker n'a réussi en partie qu'à lever le syndrome dépressif secondaire à la maladie.

OBSERVATION N° 18

De 1966 à Juillet 1967, Monsieur URG... 64 ans, fait plusieurs pertes de connaissance, dont certaines avec chute.

En Juillet 1967, il est hospitalisé pour une syncope plus longue.

Un Pace-maker à fréquence fixe Chardack Medtronic 5860 est posé en arrière des grands droits de l'abdomen, relié à des électrodes épicaudiques 5814.

Le 12 Septembre 1967, par voie percutanée, la fréquence est accélérée, car le coeur du patient ayant récupéré une activité autonome, il existe une interférence entre le Pace-maker et le rythme spontané, interférence ressentie de façon désagréable par le malade.

Après 21 mois d'usage, le Pace-maker à rythme fixe est remplacé par une "sentinelle" 5841 inhibée par l'onde R, le 30 Avril 1969.

Depuis lors, il existe des périodes d'entraînement électrosystolique alternant avec le rythme spontané.

Primitivement, le malade a refusé le Pace-maker; mais, la syncope prolongée lui a fait prendre conscience de la gravité de sa maladie; aussi dès lors a-t-il accepté l'appareillage.

Donc, il est actuellement très satisfait.

Il se sent en sécurité, mais il a besoin de la consultation spécialisée afin de savoir si l'appareil fonctionne bien (Le confort est tel que le patient ne perçoit pas le relai entre l'activité propre de son myocarde et l'entraînement; le malade signale lui-même le confort accru entre le Pace-maker à fréquence fixe et le "sentinelle").

Voilà donc un malade enthousiaste chez qui la dyspnée d'effort a disparu (il existait avant la première implantation, une insuffisance ventriculaire gauche par ralentissement) qui mène une vie normale, et même se baigne.

Il n'existe qu'une ombre : le changement de boîtier pour lequel le malade déplore l'intervention.

En résumé, H. URG. est heureux de pouvoir mener une vie normale grâce à une technique qu'il admire profondément.

OBSERVATION N° 19

Dans les antécédents de Madame VAL... 69 ans, on note un rhumatisme articulaire aigu et une scarlatine.

En Janvier 1968, apparaît un angor d'effort à l'occasion duquel on constate une maladie mitrale et un rétrécissement aortique.

En Mai 1968, les premières syncopes se font jour; on constate un bloc auriculo-ventriculaire 2/1 ce qui entraîne la prescription d'Isoprotérénol qui n'empêche pas la récurrence de syncopes brèves. Cette drogue est arrêtée ce qui entraîne une augmentation de la fréquence des pertes de connaissance.

Le 12 Janvier 1969, Mme VAL. est hospitalisée : on constate un bloc auriculo-ventriculaire complet avec troubles rythmiques divers : extra-systoles auriculaires et ventriculaires, bigéminisme supraventriculaire.

Après observation, une sonde 5816 est engagée suivie le 12 Février 1969, de l'implantation d'un Pace-maker sentinelle bloqué par R Chardack Medtronic 5841.

Mme VAL. ne ressentait pas sa maladie comme grave mais surtout comme invalidante. Depuis qu'elle est porteuse d'une "pile", elle a une activité normale. Elle a certes confiance dans l'appareillage qu'elle arrive souvent à oublier, cependant, elle pense quotidiennement au moment où la batterie sera épuisée, et où il faudra la changer.

Ce n'est pas tant l'intervention elle-même que l'hospitalisation et l'attente de ladite intervention qui ennuie Mme VAL.

Il existe chez cette malade un léger fond d'anxiété lié à l'appareillage mais qui est largement compensé par un état d'optimisme : avant sa maladie, elle était une femme très active (secrétaire), et grâce au Pace-maker, elle a pu retrouver son activité antérieure, et c'est ce qui prime chez elle.

Elle évoque en l'absence du Pace-maker, la possibilité du suicide, car l'idée d'une invalidité permanente avec syncopes lui aurait été intolérable.

OBSERVATION N° 20

Monsieur VIV... 69 ans $\frac{1}{2}$, tailleur de pierre, retraité, a eu sa première syncope vers le 15 Mars 1969. La fréquence cardiaque est comptée à 36/mn ce qui entraîne la prescription d'Isoprotérénol.

Le traitement est-il bien suivi ?

Le 29 Mai 1969, après la 3^e syncope, le malade est hospitalisé.

Après la mise en place d'une sonde 58I6, un Pace-maker 584I est implanté.

A aucun moment, le patient n'a eu conscience de la gravité de sa maladie; cependant, il n'a pas refusé la thérapeutique proposée.

Il a confiance dans l'appareillage et se sent en sécurité.

Il en arrive à oublier son Pace-maker.

Il mène une activité normale : bêche son jardin, conduit sa voiture...

Le changement de boîtier est envisagé comme une nécessité à priori sans appréhension.

Il s'agit d'un sujet assez fruste, avec qui il est difficile d'établir un dialogue.

Il est passif, et ne semble pas vouloir chercher à comprendre; il se laisse soigner.

Il semble satisfait de la thérapeutique.

OBSERVATION N° 21

Monsieur GES... 63 ans, garçon de recettes, est suivi depuis plusieurs années par un service de Neurologie pour une paralysie faciale gauche d'origine indéterminée.

Au début de Mars 1970, il éprouve une sensation d'asthénie; le 6, il fait 2 syncopes brèves avec chute, puis 2 autres entre le 6 et le 10 où il consulte un cardiologue qui découvre une bradycardie : 45/mn.

Il est alors hospitalisé.

Le 13 Mars, une sonde 58I6 est montée.

Dans la nuit du 13 au 14, alors qu'il se trouve en réanimation, le malade fait un accès d'anxiété avec agitation.

Il a l'impression que le personnel de garde "lui cache quelque chose".

Cet épisode cède à la prise de 15 mg de Diazépan.

Le 23 Mars, un Pace-maker sentinelle inhibé par R Chardack Medtronic 584I est implanté.

Le traitement a été accepté par le malade qui depuis la pose du Pace-maker se sent en sécurité; dans les premiers mois, il prenait quotidiennement son pouls, mais actuellement, il ne le prend que sporadiquement et oublie la présence de l'appareillage.

Le changement de boîtier est envisagé sans appréhension.

Le résultat fonctionnel est très satisfaisant puisque M. GES a repris son emploi antérieur !

Pourtant, chez ce patient existe un fond d'inquiétude larvé : mêlé de superstitions, il pense à l'éventualité d'une panne subite du Pace-maker en rapport avec l'arrêt de sa montre-bracelet ... car, prétend-t-il, les événements familiaux importants (maladies ou décès de proches, etc...) de même que sa première syncope) ont toujours coïncidé avec un arrêt de ladite montre.

Ainsi, fait-il entrer son Pace-maker dans son Univers "magique".

Ainsi, ce patient est-il certainement plus anxieux au sujet du mécanisme de sa montre que de celui de son Pace-maker.

Cependant, il ne faudrait pas majorer le sentiment exprimé par le malade : il ne s'agit pas là d'un fond de pensée permanent avec caractère obsessionnel mais plutôt d'une conception personnelle de l'univers chez un sujet qui par ailleurs est réellement satisfait de la thérapeutique qui lui a été proposée.

OBSERVATION N° 22

Boulangier en retraite, Monsieur LAN... 70 ans, a reçu à la suite de la mise en place d'une sonde 5816 son premier Pace-maker à rythme fixe Chardack Medtronic 5870C le 16 Juillet 1968.

Le mois précédent, il avait eu 5 pertes de connaissance à l'emporte-pièce.

Après 20 mois de fonctionnement correct, le boîtier était changé le 13 Mars 1970 : stimulateur à rythme fixe Chardack 5862.

M. LAN..., qui n'avait pas la notion de gravité de la maladie a accepté la pose d'un Pace-maker, encouragé en cela par des voisins de lit chez qui venait de s'opérer le changement systématique de boîtier.

M. LAN. reconnaît, bien qu'ayant confiance en l'appareillage, ne pas se sentir en sécurité complet : en effet, il n'ose pas se déplacer ni sortir de chez lui, seul.

Depuis la pose du premier stimulateur, il compte quotidiennement son pouls recherchant une éventuelle accélération traduisant un épuisement des piles. Il a déjà subi un changement de boîtier, et sait que cet acte se répétera : il n'en est pas ennuyé; il envisage ce changement sans appréhension.

L'entourage nous apprend qu'avant qu'il soit atteint d'un pouls lent permanent, le patient était un anxieux.

Actuellement, il a cristallisé son anxiété sur son Pace-maker qui occupe le centre de ses préoccupations.

OBSERVATION N° 23

Monsieur HAS... 86 ans, fourreur en retraite, avait des pertes de connaissance remontant à 1966.

De l'Isoprotérénol avait alors été prescrit.

Cette drogue étant mal supportée sur le plan digestif, les prescriptions en avaient été plus ou moins bien suivies.

Aussi, en Septembre 1967, alors qu'il se trouvait sur le champ de course de Longchamp, il est à nouveau victime d'un accident paroxystique : syncope par pause ventriculaire au décours de laquelle le pouls est compté à 30/mm pendant un quart d'heure.

Après mise en place d'une sonde Cordis, un stimulateur à fréquence fixe Cordis Ventricor IIIIC7 est placé le 24 Septembre 1967.

Il fonctionnera sans incident pendant 8 mois et sera remplacé le 13 Mai 1968 par un appareil du même type.

Dans les antécédents de M. HAS... on notait une appendicectomie, une cholécystectomie, et un ulcus gastrique, aussi n'a-t-il pas considéré sa maladie comme grave.

Amené d'urgence à l'hôpital, il n'a certes pas refusé la thérapeutique ; il l'a même bien acceptée lorsqu'il a été en état de le faire.

Il a une très grande confiance en l'appareillage qu'il oublie souvent et se sent en sécurité puisqu'il sort de chez lui tout seul, sans appréhension et ne compte jamais son pouls.

Les changements de boîtiers ne l'effraient pas.

Il les considère comme une nécessité dictée par le médecin.

Il aime être renseigné au sujet du bon fonctionnement de l'appareil.

En résumé, il s'agit d'un sujet qui a une activité normale pour son âge et qui en dehors des consultations spécialisées ne se soucie que peu, puisqu'il n'a plus de syncopes, de sa maladie et de son Pace-maker.

OBSERVATION N° 24

Entre Novembre 1967 et Mai 1968, Madame CHA... maintenant âgée de 78 ans, fait 4 syncopes vraies accompagnées de chûtes.

Elle ressent par ailleurs des sensations vertigineuses brèves mais angoissantes.

Le 2 Mai 1968, après la mise en place d'une sonde 5816 introduite avec difficulté par la veine jugulaire droite, elle est appareillée avec un Pace-maker sentinelle inhibé par l'onde R Chardack Medtronic 584I.

Depuis lors, elle ne ressent plus de malaises, sauf en Janvier 1970, au 19^e mois de fonctionnement (usure normale).

Le 12 Janvier 70, l'appareil est échangé contre un autre de même type.

19 jours après le changement, Mme CHA... est réhospitalisée pour oppression thoracique et dyspnée.

On constate un dysfonctionnement de l'appareil qui est remplacé le 27 Février 1970, par un Pace-maker à fréquence fixe Chardack Medtronic 5862 C.

Mme CHA... vit seule, elle a dès les premières syncopes, envisagé la gravité de sa maladie, aussi lorsque la thérapeutique lui a été proposée, elle l'a immédiatement acceptée.

Elle prétend avoir confiance en l'appareillage; cependant, elle évoque la possibilité d'une panne brutale entraînant une mort subite.

Sans doute, le défaut d'entraînement du deuxième Pace-maker l'a-t-il sensibilisé à ce sujet.

Pourtant cette patiente mène une vie active en rapport avec son âge.

Le changement de boîtier est considéré comme une nécessité, sans appréhension.

En fait, Mme CHA... avait, avant les premières syncope, un naturel optimiste, c'est ce qui lui permet actuellement de supporter sa maladie.

Son organisme est inconsciemment employé dans la répression de l'anxiété latente, née de l'incident d'entraînement de Février 1970.

Il est difficile d'interroger plus avant cette patiente au sujet de son Pace-maker car on risquerait de lever ses défenses vis-à-vis de son anxiété.

OBSERVATION N° 25

Le 8 Février 1969, Monsieur VIL... 58 ans, est hospitalisé pour infarctus du myocarde antéro-septal.

A cette occasion, on découvre un bloc auriculo-ventriculaire 2/I.

L'évolution et la convalescence sont simples.

En Avril 1970, le malade fait une poussée d'insuffisance ventriculaire gauche sans douleur ni syncope.

La fréquence ventriculaire oscille entre 45 et 53/mn.

Le malade est hospitalisé le 21 Mai 1970 en vue d'appareillage.

Au cours de l'hospitalisation, il a 3 épisodes de défaillance ventriculaire gauche : le premier à type de collapsus, les deux autres à type d'œdème aigu du poulmon.

Le 19 Juin, dans le même temps opératoire, on pose une sonde Cordis et un Pace-maker sentinelle synchronisé sur R : Cordis I29E7.

Depuis lors, le malade a eu quelques accès dyspnéiques sans gravité.

Ce patient a bien accepté la thérapeutique, seulement après avoir demandé l'avis de son épouse.

M. VIL. mène une activité réduite non pas tant du fait de son Pace-maker que de sa coronarite.

Il se sent en sécurité, il ne prend pas son pouls et n'évoque que peu la panne fortuite de l'appareillage.

Chez lui, effectivement, la peur de récurrence de syncope n'existe pas, il n'en a jamais eu auparavant; il "ne s'agit que" de la récurrence d'une insuffisance ventriculaire gauche qui en fait est nettement moins traumatisante psychiquement que la perte de connaissance.

En résumé, il s'agit d'un sujet qui bien qu'ayant eu un infarctus du myocarde et portant actuellement un cardiostimulateur, mène une vie calme mais active sans anxiété et même avec optimisme.

OBSERVATION N° 26

En 1958, alors qu'il a 61 ans, on découvre chez Monsieur LON... un pouls lent permanent qui n'a donné lieu à aucun accident paroxystique.

7 ans après, en Mars 1965 : le malade fait 2 pertes de connaissance accompagnées d'un certain degré d'insuffisance cardiaque.

Une sonde endocavitaire 5814 est montée jusqu'à la pointe du ventricule droit, suivie le 3 Avril, de l'implantation d'un stimulateur à fréquence fixe Ohardack Medtronic 5864 qui sera remplacé le 11 Avril 1967 par un appareil du même type remplacé lui-même le 30 Novembre 1970, soit après 3 ans $\frac{1}{2}$ par un autre stimulateur à rythme fixe Ohardack Medtronic 5862C.

Depuis la pose du premier Pace-maker, qu'il n'a pas refusé, M. LON mène une vie normale pour un patient de son âge (retraité de 73 ans); son activité est même supérieure à celle qu'il imaginait lors de sa première hospitalisation. Il a confiance dans l'appareillage et se sent en toute sécurité (il ne compte son pouls que sporadiquement).

Il ne pense pas à l'éventualité d'une panne subite. Il ressort que ce patient est heureux de vivre. Il ne se pose pas de question quant à sa maladie qu'il n'a jamais considérée comme grave ni quant au Pace-maker dont il semble complètement satisfait.

OBSERVATION N° 27

Le 2 Novembre 1969, alors qu'il est âgé de 61 ans, Monsieur PIE... conducteur de taxi à Paris, a sa première perte de connaissance brève.

Il vient de prendre un client en charge dans son véhicule et commence sa course; c'est alors que survient une suspension brève de la conscience et sans savoir comment il se trouve arrêté, son véhicule en ayant percuté un autre en stationnement au bord du trottoir. Il achève sa course, puis va consulter son médecin traitant qui trouve la fréquence cardiaque régulière à 40/mn.

Le 7 Novembre, il est hospitalisé : l'ECG montre un bloc auriculo-ventriculaire du 3^e degré avec aspect de retard droit avec axe de QRS à gauche.

Un aspect électrique analogue avait été enregistré en Janvier 1969 soit 11 mois auparavant lors d'un ECG pratiqué à titre systématique (le patient n'avait alors aucune manifestation pouvant évoquer une maladie d'Adams-Stokes).

Le 15 Novembre, dans un même temps, on pose une sonde 5816 et un Pace-maker à fréquence fixe Chardack Medtronic 5870G.

Au décours de l'implantation, M. PIE a été l'objet d'un syndrome dépressif réactionnel.

Il n'a pas refusé la thérapeutique, mais lorsque l'appareillage a été implanté, il a ressenti de façon pénible la présence du Pace-maker à l'intérieur de son organisme, en quelque sorte comme un "parasite".

Certes, ce "parasite" le fait vivre sans récurrence syncopale, mais il est là et M. PIE regrette de devoir l'existence à un dispositif artificiel.

Il s'agit d'un sentiment d'atteinte à l'intégrité de la personnalité.

En post-opératoire immédiat, ce patient pensait avoir une activité plus que réduite, mais il lui a fallu plusieurs mois pour s'apercevoir de son erreur; pendant 6 mois il est resté apathique, à la limite de la prostration, ne voulant effectuer que le strict minimum d'effort de peur de ne pouvoir les accomplir; il semble que le patient ait plutôt redouté le manque de force que la récurrence d'une éventuelle syncope.

Au cours de cette période d'auto-observation, pendant laquelle il a réappris à vivre, il avoue spontanément avoir eu l'idée d'autolyse et même avoir recherché divers moyens pour y parvenir.

Cependant, à aucun moment, il n'y a eu mise à exécution ou même tentative de mise à exécution de ses projets.

Actuellement, le Pace-maker et la maladie sont psychiquement mieux supportés car peu à peu, le malade a fait des efforts de plus en plus importants sans qu'apparaisse la fatigue tant redoutée et sans que récidive une syncope.

Le malade se sent limité dans ses activités mais avoue sans peine avoir largement, lors de son hospitalisation, sous-estimé ses possibilités.

Son aptitude actuelle dépasse celle qui avait été prévue. Cependant sa confiance en l'appareillage n'est pas absolue, il considère qu'il s'agit d'une mécanique, donc qu'une panne subite est toujours possible; de même, il vérifie souvent sa fréquence cardiaque. Il accepterait de rester seul en cas de nécessité absolue, mais il pense qu'une telle éventualité comporte un risque du fait d'une subite interruption éventuelle de la stimulation.

Ce sentiment est partagé par son épouse qui a certainement une part importante dans l'état anxieux du patient. Aussi, sauf nécessité impérieuse, préfère-t-il ne pas courir ce risque.

Il envisage les changements de boîtiers à venir sereinement, certes, les hospitalisations lui sont quelque peu désagréables, mais elles ne l'an-goissent pas.

En résumé, il s'agit d'un sujet chez qui la maladie et la thérapeutique ont entraîné un véritable syndrome dépressif comportant les trois critères :

- modification pénible de l'humeur
- inhibition psychique (avec apragmatisme)
- ralentissement moteur.

Ce syndrome est réactionnel (du fait de la maladie entraînant l'abandon de l'emploi : conducteur de taxi) avec :

- Anxiété importante
- Comportement pseudo-suicidaire
- Réaction favorable à la psychothérapie des médecin et cardiologue traitants aidés par l'entourage.

Ce patient n'a pas eu recours au Psychiâtre et seules les paroles rassurantes et les conseils ont suffi à le sécuriser et à lui faire accepter (sur le plan psychique) maladie et thérapeutique.

OBSERVATION N° 28

Monsieur VIN... est âgé de 68 ans lorsque le 20 Juin 1970, il a deux pertes de connaissance brèves "à l'enporte-pièce" accompagnées de secousses musculaires.

Il consulte un neurologue qui fait le diagnostic de pouls lent.

On note quelques récidives syncopales brèves jusqu'au 5 Août 1970 où, à la consultation, il fait une nouvelle syncope.

Le lendemain, dans un même temps, on place une sonde Cordis et un cardio-stimulateur sentinelle synchronisé sur R Cordis 129-E-7.

Ce patient considérait sa maladie comme grave puisqu'il évoque spontanément la possibilité de mort.

Cependant, il a fort bien accepté sa maladie et le traitement qui en découle.

Il se sent en sécurité et ne prend que rarement son pouls. Il ne pense pas à une panne éventuelle de l'appareillage.

Quant au changement de boîtier, il est envisagé comme une nécessité sans anxiété particulière.

Il faut noter que le patient est goutteux et que son attention est beaucoup plus centrée sur les crises douloureuses de son gros orteil que sur le Pace-maker.

En résumé, il s'agit d'un sujet qui mène une vie en rapport avec son âge, qui est confiant et ne se pose que peu de questions au sujet de son Pace-maker.

OBSERVATION N° 29

Madame PAS... a 52 ans lorsqu'elle a eu en 1968 ses premières syncopes. Elles sont peu fréquentes au début, mais leur répétition entraîne le 4 Juillet 1966; la pose du premier électrostimulateur à fréquence fixe Chardack Medtronic 5860 branché sur des électrodes épicaudiques, Chardack Medtronic 5814.

Au 34^e mois, le stimulateur usagé est échangé contre un Chardack 5870C à fréquence fixe.

Cette patiente ne pensait pas avoir une maladie grave (d'autant qu'elle soignait constamment son mari malade), aussi a-t-elle au début refusé l'implantation du Pace-maker, puis devant l'inefficacité du traitement, elle s'est finalement laissée convaincre (afin de pouvoir soigner son mari).

Elle avait surtout peur de l'intervention.

Mme PAS. signale spontanément qu'elle considère le Pace-maker comme un parasite; elle pense qu'il y a maintenant quelque chose d'artificiel en elle qui fait battre son coeur; cette dépendance de la vie vis-à-vis de l'appareillage est évoquée brièvement, mais de façon pénible.

Actuellement la patiente se sent en sécurité, elle vit seule et ne compte que rarement sa fréquence cardiaque, ce qu'elle faisait quotidiennement au début de l'implantation du premier Pace-maker.

Le confort psychique et physique est tel que la malade en oublie la présence de l'appareil. Elle reconnaît que au cours des années, son anxiété a diminué du fait de la récupération d'une activité normale.

Aussi, maintenant, se montre-t-elle enthousiaste vis-à-vis du Pace-maker enthousiasme masqué par le décès récent de son mari.

OBSERVATION N° 30

Depuis 1967, on note chez Monsieur BRU..., boucher, en retraite, maintenant âgé de 70 ans, des sensations vertigineuses parfois accompagnées de chutes mais sans syncôpes véritables.

Devant une bradycardie importante et la symptomatologie, un Pace-maker sentinelle inhibé par l'onde R Chardack Medtronic 584I est posé le 22 Mai 1970.

Depuis lors, le patient n'a pas eu de récurrence.

Le patient qui considérait sa maladie comme grave a facilement accepté la pose du cardiostimulateur.

Certes, il se sent amélioré, certes il n'a pas eu de nouvelle sensation vertigineuse, ni de nouvelle chute, mais il reste cependant anxieux et septique vis-à-vis de l'appareillage : il a peur des pannes car il en a vu lors de son hospitalisation. Aussi compte-t-il fréquemment ses pulsations. Quant au changement de boîtier, il est quelque peu redouté du fait de la douleur post-opératoire.

Il s'agit donc d'un patient qui a mal accepté la thérapeutique.

Vraisemblablement, au cours de l'évolution, le Pace-maker ayant bien fonctionné, son anxiété et son septicisme vis-à-vis de celui-ci auront tendance à s'effacer, voire à disparaître. En attendant, un tel sujet nécessite une psychothérapie de soutien.

OBSERVATION N° 31

Au début de 1968, à la suite d'une syncope au décours de laquelle le pouls est compté à 30/mn, Monsieur MUS... 73 ans, reçoit de l'Isoproterenol.

Il n'y a pas de récurrence syncopale, mais le pouls reste toujours lent aux alentours de 30/mn, ceci pendant un an.

Aussi le 18 Février 1969, alors qu'il a 72 ans; après mesure des seuils à l'aide de sonde Chardack 58I6, un Pace-maker à fréquence fixe 58700 est implanté.

Lorsque le cardiostimulateur est proposé au patient, celui-ci hésite à accepter, non pas tant du fait de la thérapeutique que de l'intervention dont il a peur.

Certes, M. MUS se dit se sentir en sécurité et avoir confiance en l'appareillage.

Cependant, il évoque spontanément l'usure prématurée des piles ou la brusque interruption de la stimulation par panne.

Quant au changement de boîtier, il est considéré comme une nécessité mais avec quelque anxiété : peur de souffrir lors de la réintervention.

Il s'agit donc d'un sujet confiant mais anxieux léger quant à l'appareillage, et qui recherche la sécurisation auprès du médecin.

OBSERVATION N° 32

Mademoiselle DUC... secrétaire, a 22 ans lorsqu'en Mai 1968, elle fait deux syncôpes brèves alors qu'elle est à table chez ses parents.

De l'Isoprotérénol est prescrit qui n'empêche pas une récurrence.

Elle est alors appareillée fin Mai 1968 : électrodes myocardiques Chardack 5814 et Pace-maker Chardack Medtronic 584I inhibé par R.

Après 36 mois, on change le boîtier contre un Chardack à fréquence fixe 5862.

Cette jeune patiente ne pensait pas lors des deux premières syncôpes, avoir une maladie grave.

Elle a été surprise lorsqu'on lui a proposé l'implantation du Pace-maker.

Elle pensait que ce genre de thérapeutique ne s'adressait qu'aux sujets âgés; aussi, bien que ce ne fût pas clairement exposé, s'est-elle considérée (et sa famille en a fait de même) comme prématurément vieillie, d'autant qu'un médecin a prétendu devant elle qu'elle avait un "coeur d'un sujet de 80 ans" (Voilà qui semble être une erreur psychologique importante).

Cependant la patiente a récupéré une activité tant professionnelle que familiale tout à fait normale. Elle se sent en sécurité et ne compte jamais son pouls; elle dit même oublier complètement le Pace-maker.

En fait, il semble bien que cette confiance en l'appareillage tant mise en avant par la patiente soit quelque peu artificielle : il s'agit de montrer à son entourage, singulièrement sa mère, qu'elle est une jeune fille normale qui peut mener une vie normale.

En effet, la mère a une attitude qui se veut naturelle, mais elle est très anxieuse quant à l'avenir de son enfant.

La malade a été revue seule en Février 1971, après le changement de boîtier; elle est beaucoup plus sereine, la fréquence des consultations dues à l'épuisement normal des piles lui pesait : elle se sentait étroitement liée à l'hôpital et ne pouvait rien entreprendre.

Son optimisme est raisonné, elle a et sait qu'elle mènera une vie normale : elle est fiancée et va se marier cet été, elle envisage de passer le permis de conduire.

Elle a le désir de grossesse et sait qu'elle pourra en conduire une à terme (elle a dans la même chambre une femme de 32 ans porteuse de Pace-maker qui vient d'avoir un enfant).

Son principal problème n'est pas le Pace-maker en lui-même qu'elle tolère fort bien tant sur le plan physique que psychique que le changement de boîtier. Elle sait que tous les 32 mois environ, il faut réintervenir, aussi pense-t-elle au nombre de cicatrices qu'elle aura si elle atteint l'âge de 80 ans !

Au problème purement technique, s'ajoute la coquetterie féminine bien compréhensible à 24 ans.

En résumé, voilà une patiente à l'optimisme raisonné et objectif qui a bien (au contraire de son entourage) accepté maladie et thérapeutique.

Chez ces patients jeunes, il semble important de trouver une technique permettant une longévité accrue des piles et par là même, une raréfaction des interventions.

OBSERVATION N° 33

Monsieur MON... a une maladie mitrale en arythmie complète par fibrillation auriculaire connue de longue date.

Cet instituteur retraité (76 ans) a ses premières syncôpes brèves au début de 1969.

Après la pose d'une sonde 5816 il est définitivement appareillé le 25 Avril 1969 par Pace-maker Chardack Medtronic à fréquence fixe 5870C.

Depuis lors, il a une activité normale pour un sujet de son âge.

M. MON ne considérait pas sa maladie comme grave, il a accepté le Pace-maker.

Il connaissait un ami qui avait été implanté et chez qui les suites s'étaient montrées favorables. Connaissant et admirant ce traitement, il fût très étonné qu'il lui soit proposé.

Actuellement, il en tire une certaine fierté "de porter un Pace-maker".

Ayant confiance dans l'appareillage et se trouvant en toute sécurité il n'en compte pas moins sa fréquence cardiaque matin et soir.

Il se surveille méticuleusement mais sans anxiété.

Il sait qu'il faudra changer le boîtier, il envisage ce changement sans crainte, comme une nécessité.

En résumé, il s'agit d'un patient qui non seulement supporte très bien la présence d'un Pace-maker dans son organisme, mais qui plus est en est fier et admire cette thérapeutique qui lui permet d'avoir une activité normale.

OBSERVATION N° 34

En Décembre 1964, Madame ROI... alors âgée de 72 ans; sans antécédent pathologique particulier, fait une syncôpe qui restera isolée car elle est appareillée par une sonde 5814 reliée à un stimulateur à fréquence fixe Chardack Medtronic 5860 qui fonctionne pendant 3 ans et 3 mois et que l'on remplace par un appareil analogue Chardack 5864.

Ce dernier entraînera convenablement pendant un an et 9 mois.

En Décembre 1968, il est lui-même remplacé pour défaut d'entraînement s'étant traduit par l'apparition de sensations vertigineuses.

Mme ROI a accepté le Pace-maker, la symptomatologie se résumant à une syncôpe ne lui avait pas fait considérer sa maladie comme grave.

Cette patiente se sent en sécurité, elle a confiance en l'appareillage et ne compte pas son pouls. Seul lui importe le changement de boîtier qui la retient hospitalisée pendant quelques jours.

Il faut noter que Mme ROI soigne son mari malade et que c'est là le centre de ses préoccupations.

Le changement de boîtier ne l'ennuie pas en tant que tel mais surtout du fait qu'elle doit faire appel à l'entourage pour garder son époux. N'ayant eu qu'une syncôpe et devant constamment surveiller son mari, la patiente reste indifférente vis-à-vis de sa maladie fort bien contrôlée par le Pace-maker.

OBSERVATION N° 35

En 1967, on avait constaté chez Madame CHI... 62 ans, un BAV de type 2/1 qui n'engendrait pas de troubles fonctionnels. De l'Isoprotérénol avait été prescrit.

En Février 1969, malgré un traitement bien suivi, apparaissent des sensations vertigineuses puis une perte de connaissance; le pouls est alors compté à 35/mn. L'indication de Pace-maker est posée.

Dans les délais habituels, suivant la mise en place d'une sonde 58I6, un Pace-maker inhibé par l'onde R Chardack Medtronic 584I est implanté en avant du grand pectoral droit le 22 Mars 1969.

L'entraînement électrosystolique est satisfaisant mais, 8 mois et demi après l'intervention, se forme autour du boîtier une réaction à corps étrangers, nécessitant dans un premier temps : l'ablation du boîtier, puis dans un second, le creusement d'un tunnel pré-sternal laissant passer la sonde, puis réimplantation du boîtier en avant du grand pectoral gauche. Au mois de Février 1970, la réaction à corps étrangers récidive si bien que l'on confie la malade au chirurgien; il sectionne la sonde au ras de la jugulaire droite et pratique une thoracotomie afin de fixer deux électrodes épocardiques, puis le cardiostimulateur dans la gaine postérieure des grands droits de l'abdomen. Au décours de cette intervention, apparaît une phlébite du membre supérieur droit, sans rapport semble-t-il avec la sonde; elle régresse sous traitement.

Actuellement, l'état général et l'état local sont satisfaisants; reste la sonde en place à la pointe du ventricule droit.

Lorsque le premier Pace-maker a été proposé à la malade, elle l'a accepté, elle a accepté aussi les deux autres réimplantations. En dépit des incidents de paroi, la patiente garde une grande confiance, elle admet que paroi et système électronique sont parfaitement différents. A aucun moment elle n'a perdu espoir; aussi maintenant qu'il ne semble plus exister de problème local de tolérance, la malade se sent très confortable et en sécurité; elle en arrive même à oublier le Pace-maker.

Cependant, et c'est bien normal, il subsiste une certaine appréhension quant à la tolérance à venir du boîtier en arrière des grands droits. De même, la malade exprime une légère anxiété concernant le moment du changement de boîtier (mauvais souvenir de la phlébite du membre supérieur droit).

Bien que les opérations aient été nombreuses, il ressort chez cette patiente un sentiment de grande confiance vis-à-vis des médecins et de leurs techniques; on ne peut dégager de syndrome dépressif réactionnel (ce qui dans le cas présent aurait été compréhensible). Il s'agit sans doute ici d'une malade ayant des mécanismes de compensation supérieurs (vis-à-vis des agressions extérieures) à ceux de la moyenne des individus.

Au terme de cette étude de 35 cas, nous allons essayer de déterminer les réactions des porteurs de cardiostimulateurs en fonction de leur âge et de leur sexe.

Parmi ces 35 cas, on note une nette prédominance masculine : 23 hommes pour 12 femmes.

L'âge moyen des hommes est de 71 ans 3 mois, alors que celui des femmes est de 60 ans 6 mois, les deux extrêmes étant respectivement dans chacune des séries de 58 à 86 ans et de 22 à 78 ans.

Tout d'abord, on peut dire que le refus de la thérapeutique est rare : 5 fois sur 35, soit 1 fois pour 7. Dans 4 cas, il s'agit de patients de sexe masculin, cependant qu'une seule femme est notée.

Analysons maintenant le motif du refus :

- Le premier (observation n° 5) pensait être trop âgé (75 ans) pour bénéficier d'une telle thérapeutique, d'autre part, il n'avait été victime que d'une seule syncope brève survenue sous traitement par Isoprotérénol (les prescriptions n'avaient pas été très bien suivies) Aussi a-t-il fallu discuter avec le sujet, lui faire comprendre sans l'affoler, les risques que comportaient sa maladie. Finalement, il a accepté et ne le regrette pas.
- Le second (observation n° 6) se laisse influencer lors de son hospitalisation par un voisin de lit qui a des problèmes de tolérance de

boîtier, aussi quitte-t-il l'hôpital sans appareillage et mène pendant 4 ans sous traitement par Isoprotérénol une vie "au ralenti", sans grande amélioration avec quelques syncopaux. Il accepte enfin la pose d'un cardiostimulateur devant l'inefficacité des sympathomimétiques.

- Le 3^e patient, âgé de 73 ans (observation n° 17) refuse par peur de l'hospitalisation.

Son histoire est semblable à la précédente. Pendant 3 ans, on note chez lui des récidives syncopales sous sympathomimétiques. Devant cette mauvaise réaction au traitement, le malade se laisse finalement convaincre de la nécessité de la pose d'un cardiostimulateur qui certes empêche les récidives syncopales, mais n'entraîne pas l'optimisme attendu par le malade. Notons que, au dire de son entourage, M. RUI... a toujours été un sujet triste et dépressif léger chez qui le Pace-maker ne semble pas avoir modifié l'humeur ni dans le sens de l'euphorie ni dans celui de la tristesse.

- Le 4^e patient (observation n° 18) bien qu'ayant eu plusieurs épisodes syncopaux brefs avec chute n'avait pas jugé son état comme grave, aussi pensait-il que la thérapeutique serait disproportionnée par rapport à la maladie. Une récidive syncopale prolongée sous sympathomimétiques entraîne une révision du jugement; le patient accepte alors la pose d'un Pace-maker.

- La 5^e observation de refus concerne une patiente de 52 ans. Elle est comparable à la précédente : l'inefficacité du traitement médical fait accepter le Pace-maker. Mme PAS... dit aussi avoir eu peur de l'intervention.

Notons donc que si 5 patients ont refusé le cardiostimulateur, ce n'est pas un refus vis-à-vis de l'appareil lui-même. Il est bien connu dans le public que les battements de coeur sont symbole de vie; le coeur, en quelque sorte, possède une auréole magique, les expressions populaires sont nombreuses "Avoir le coeur sur la main" "avoir à coeur" etc... Aussi, après que le traitement ait été expliqué au malade, on aurait pu attendre un refus motivé par cette symbolique du coeur;

le malade pensant que son coeur doit fonctionner tout seul sans l'intervention d'un appareillage artificiel.

La symbolique du coeur attire une autre réflexion : celle du comportement du malade vis-à-vis d'un appareil qui le fait vivre en provoquant en permanence les battements cardiaques. Habituellement, les moyens thérapeutiques mis en oeuvre en pathologie cardio-vasculaire d'urgence : perfusions, "monitoring" entraînement électrosystolique, ne sont que transitoires, permettant au sujet de passer un cap difficile. Aux yeux du commun "l'électronique médicale" est réservée aux cas graves par exemple : infarctus du myocarde ou chirurgie cardiaque. Le Pace-maker est un dispositif que les patients assimilent à cette "électronique médicale". Cependant, il s'agit d'un appareillage qui doit rester définitivement dans l'organisme. Il est remarquable que malgré toute la symbolique qui entoure le coeur, ce moyen thérapeutique soit aussi bien supporté.

Cependant, il ne l'est pas toujours. 3 patients parmi les 35 examinés estiment que l'intégrité de leur personne n'est pas respectée. Il s'agit de 2 hommes respectivement âgés de 85 et 61 ans, et d'une femme de 52 ans.

- Dans le premier cas (observation n° 9) le patient âgé de 85 ans, ingénieur retraité de l'EDF, n'a eu en 5 mois que 4 syncopes, les dernières sous sympathomimétiques. M. GUI... imaginait le Pace-maker comme un moyen thérapeutique transitoire. Peut-être l'aurait-il refusé s'il avait su au préalable que ce traitement était substitutif et définitif.
- Le 2^e patient (observation n° 27) conducteur de taxi, âgé de 61 ans.
- Ainsi que la malade de 52 ans (observation n° 29) ont une attitude analogue vis-à-vis de leurs Pace-makers.

Cependant, il convient de noter dans la dernière observation que la malade avait refusé le Pace-maker, non pas en raison d'une éventuelle atteinte à la personnalité (elle ne l'avait pas évoqué alors), mais parce qu'occupée à soigner son mari, elle n'avait pas pris sa maladie en considération. Il faut

bien remarquer que seule une minorité (3 cas sur 35) évoquent spontanément l'intégrité du Moi. Nous n'avons pas cru devoir poser ce problème à des sujets n'en parlant pas spontanément. En effet, on risque en introduisant la notion de personnalité et de vie dépendantes d'un appareillage complexe et "inorganique" de provoquer une anxiété inutile chez des patients qui jusqu'alors en sont exempts. Les 32 autres sujets semblent avoir un comportement analogue aux porteurs de prothèses intra-corporelles quelconques : valves cardiaques ou têtes fémorales artificielles etc...

Les sujets appareillés ont-ils confiance dans le cardiostimulateur et se sentent-ils en sécurité ?

Un petit nombre de patients déclare ne pas avoir toute confiance en l'appareillage : 4 hommes, tous porteurs d'un premier Pace-maker et 2 femmes, l'une ayant actuellement son premier Pace-maker, l'autre ayant déjà subi 3 réimplantations.

Parmi les patients de sexe masculin, aucun n'a de motif personnel pour étayer son doute quant au cardio-stimulateur, seul l'un d'eux a connu lors de son hospitalisation, un voisin de lit victime d'une panne d'entraînement.

La première des 2 patientes à une attitude analogue aux 3 premiers sujets, quant à la 2^e son comportement se justifie : en effet, au 19^e mois suivant la pose du premier Pace-maker (usure normale) Mme CHA. est sujette à des sensations vertigineuses brèves dues à l'épuisement des piles; 19 jours après le premier changement, il faut rapidement réintervenir pour défaut d'entraînement se traduisant par dyspnée et oppression thoracique.

On peut donc considérer que sur 35, 6 patients manquent de confiance vis-à-vis du Pace-maker; ils vivent dans l'anxiété soit guettant un ralentissement progressif chez le porteur de stimulateur à fréquence fixe, soit redoutant une syncope analogue à celle déjà ressentie, due à une panne subite de l'appareil (que le sujet porte une "sentinelle" ou une "fréquence fixe"). Aussi, la

plupart de ces sujets, mais non pas tous, comptent-ils quotidiennement, voire bi-quotidiennement leurs pulsations cardiaques. Il en est ainsi de l'observation n° 14 dans laquelle on voit une malade cristallisée sur son cardiostimulateur, comptant 2 fois sa fréquence par jour et vivant dans l'anxiété permanente d'une panne subite et inopinée.

Remarquons cependant que prise de pouls et anxiété ne sont pas parallèles; certains sujets pensent à l'éventualité d'une panne brutale de l'appareillage, mais n'en vérifient pas pour autant leur fréquence cardiaque tous les jours; d'autres, par contre, effectuent un contrôle quotidien du bon fonctionnement de leur Pace-maker, mais ne redoutent pas la récurrence d'accidents paroxystiques. Notre série est trop brève pour pouvoir tirer des conclusions définitives, mais il semble bien que proportionnellement les hommes soient plus méticuleux (prise de pouls) et plus confiants, les femmes moins méticuleuses, mais aussi moins confiantes. Notons aussi que cette prise de pouls quotidienne est plus fréquente chez les sujets portant leur premier cardiostimulateur. Par la suite, leur auto-observation et leur expérience ayant montré une bonne tolérance et l'absence de récurrence d'accidents syncopaux, les vérifications deviennent plus sporadiques; certains même n'en effectuent plus et se contentent uniquement des consultations chez leur cardiologue et des mesures au périodémètre pratiquées dans le cadre hospitalier.

Les problèmes de tolérance du boîtier par l'organisme (2 rejets successifs dans l'observation n° 35, un rejet par suppuration locale : observation n° 13) ne semblent pas influencer le psychisme. En effet, les 2 patientes ne surveillent pas particulièrement le bon fonctionnement de leur Pace-maker. Seul le problème de la tolérance locale et du changement de boîtier leur cause quelque anxiété.

Remarquons que les deux plus jeunes patientes de cette série, respectivement âgées de 22 et 35 ans, ne comptent jamais leur pouls et s'en remettent entièrement au corps médical.

Une certaine surveillance doit-elle être effectuée par le malade lui-même?

Il faut être semble-t-il très souple quant aux indications : en effet, certains patients anxieux se cristallisent autour de leur appareillage et ne

cessent d'effectuer contrôle sur contrôle, ce qui les fait vivre dans un climat d'insécurité permanente, qui bien sûr, doit être évitée.

Parmi les 35 cas observés, il en est certains au nombre de 4 qui présentent¹/₄ un caractère particulier quant à la fierté. Tout d'abord expliquons ce terme et la manière dont nous l'entendons : certains patients en fait peu nombreux sont "fiers" de porter un Pace-maker, ils estiment cette thérapeutique peu ordinaire; ils se considèrent comme "cas" médicaux intéressants. Ils insistent auprès des médecins de leur entourage sur leur maladie peu commune et surtout sur le mode thérapeutique qui lui est apporté, mode récent grâce auquel ils peuvent désormais mener une vie en tous points comparable à celle de sujets sains de leur âge.

Ce sentiment de fierté ne s'exprime que chez des sujets âgés de plus de 70 ans, avec une prédominance masculine : une femme de 76 ans (observation n° 1) et 3 hommes respectivement âgés de 70, 83 et 76 ans (observations n° 15, 16 et 33).

Rappelons l'observation n° 16 : ce patient âgé de 83 ans avait décidé de léguer son corps à la science avant d'être atteint de pouls lent paroxystique, depuis son entrée dans la maladie cardiaque, sa décision n'en a été que renforcée. Il est probable qu'il s'agit d'une exacerbation de ce que l'on appelle volontiers "l'orgueil des vieillards", car ce sentiment ne se retrouve pas dans les autres observations et singulièrement chez les patients les plus jeunes. En effet, les 2 jeunes femmes des observations n° 13 et 32 (33 et 22 ans) sont certes satisfaites de la sanction thérapeutique qui a été offerte à leur maladie, mais regrettent plutôt d'en avoir été réduites à cette solution. Il est vrai que le milieu hospitalier a pu les influencer dans leur sentiment car les troubles de la conduction auriculo-ventriculaire surviennent plus volontiers chez des sujets âgés rappelons la moyenne d'âge observée dans notre série : 60 ans 6 mois pour les femmes et 71 ans 3 mois pour les hommes. Aussi ont-elles pu se sentir prématurément vieillies, d'autant que chez l'une d'elles (observation n° 32, patiente alors âgée de 20 ans) le premier praticien qui avait constaté le pouls lent lui avait déclaré qu'elle avait un coeur de 80 ans !

Le changement de Pace-maker n'est jamais envisagé de façon dramatique. La plupart des patients considère qu'il s'agit d'un geste nécessaire; ils ont bien accepté leur maladie et les servitudes qu'elle comporte, aussi se montrent-ils résignés.

L'appréhension vis-à-vis du changement de boîtier se rencontre avec une plus grande fréquence chez les femmes; 6 fois chez 12 patientes contre 4 fois sur 23 chez les hommes.

2 hommes appréhendent l'hospitalisation, 1 seul l'intervention proprement dite, enfin, le dernier (85 ans observation n° 9) déplore le changement. Nous avons vu préalablement qu'il estime que le Pace-maker porte atteinte à l'intégrité de sa personne; il pensait que le traitement ne serait que temporaire.

Parmi les femmes, nous distinguons 2 groupes en fonction de l'âge :

- les plus âgées appréhendent comme les hommes soit l'hospitalisation, soit l'intervention proprement dite : appréhension parfois très justifiée (observation n° 35) la patiente a rejeté 2 fois de suite à 6 mois d'intervalle le Pace-maker en position pré-pectorale, droite la première fois, gauche la seconde.
- quant aux plus jeunes (22 et 33 ans) elles mènent certes une vue quasi-normale, cependant elles se posent la question des changements à long terme : les multiples réinterventions, donc les nombreuses cicatrices les anèment à évoquer un problème d'esthétique et de coquetterie bien compréhensible à cet âge.

Enfin, nous allons essayer de dégager les principaux traits de caractères des sujets porteurs de Pace-makers.

Il semble que les sujets soumis à cette thérapeutique présentent 4 types principaux de réactions : l'anxiété, l'optimisme, l'indifférence et l'attitude raisonnée.

Nous considérerons comme anxieux des sujets qui comme le disent SOULAIRAC et CAHN, "éprouvent une douleur psychique spéciale, extrêmement vive, avec attente d'un danger, souvent inconnu ou très peu précis". Il convient cependant d'apporter quelques remarques au sujet des porteurs de Pace-makers : chez eux, la douleur psychique n'est pas "extrêmement vive", elle est simplement présente, elle existe en fond continu avec parfois quelques paroxysmes. Il semble même que ceux-ci puissent être déclenchés par l'entretien, aussi avons-nous toujours mené un interrogatoire très prudent. En effet, nous n'avons pas voulu, sous prétexte de connaissance, induire de pareils paroxysmes ou simplement une anxiété plus profonde en insistant sur les inconvénients que comporte une telle thérapeutique : possibilité de rupture d'électrode, de fil, panne subite de l'appareil, usure prématurée de la batterie de pile etc... Au contraire, nous nous sommes efforcés de rassurer ces patients et de leur montrer quelle chance ils avaient de bénéficier d'un traitement aussi efficace. Quant au "danger peu précis ou inconnu" il s'agit encore chez les porteurs de Pace-makers d'une proposition qui mérite attention : on peut dire que le danger est connu : manque d'entraînement, permanent (Pace-maker à fréquence fixe) ou de relai en cas de bradycardie paroxystique (Pace-maker sentinelle) donc syncope.

En fait, généralement, les sujets n'analysent pas le danger qui éventuellement les menace. Ils ont peur, parfois précisent-ils d'une récurrence syncopale, mais le mécanisme leur échappant, ils restent sur cette notion de peur "in abstracto". Cette anxiété est également ressentie chez les porteurs de "sentinelles".

Dans notre série, l'anxiété se répartit comme suit :

- sujets portant leur premier Pace-maker :

- Hommes : 4 sur 15 cas
- Femmes : 2 sur 4 cas.

- sujets ayant subi plus de 2 implantations :

- Hommes : 1 sur 8 cas
- Femmes : 4 sur 8 cas.

Il semble donc exister une nette prédominance féminine à l'anxiété; non pas tant chez les patients ayant reçu leur premier appareil -(50% chez les hommes et les femmes) que chez ceux qui ont été plusieurs fois appareillés : 1/8 d'anxieux chez les hommes, 4/8 chez les femmes. Ces dernières, bien que le résultat envisagé sur le plan purement fonctionnel soit bon, ne parviennent pas à s'abstraire de leur sentiment de crainte.

Les hommes au contraire, au vu de la bonne tolérance et de l'absence de récurrence d'incident paroxystique arrivent à s'en détacher.

Dépendant, c'est chez un homme âgé de 61 ans, conducteur de taxi (observation n° 27) que nous avons observé un véritable syndrome dépressif à la suite de son entrée dans la maladie; une syncope brève au volant de son véhicule.

On peut donc dire qu'il s'agissait d'un véritable syndrome dépressif secondaire puisqu'il groupait selon la définition de PICHOT et DELAY :

- Modification pénible de l'humeur
- Inhibition psychique (avec apragmatisme)
- Ralentissement physique (comportant de longues périodes de prostration).

Cette dépression n'était pas endogène mais réactionnelle à la maladie et pendant les premiers mois suivant l'implantation, l'anxiété était forte; le sujet a eu des idées suicidaires mais à aucun moment il n'y a eu ni tentative de mise à exécution ni comportement suicidaire. La seule psychothérapie du praticien du cardiologue, et de l'entourage familial ont suffi au passage de ce cap difficile.

Il convient d'insister que mis à part le cas de cette dernière observation, il s'agit de petits anxieux réactionnels à leur maladie, tel qu'on peut en rencontrer en pratique générale: ils ne relèvent semble-t-il que d'une seule psychothérapie de soutien.

Une minorité de patients reste indifférente vis-à-vis de sa maladie et du remède apporté.

On a l'impression que ces sujets sont étrangers à leur maladie. Ils la subissent sans réagir et se laissent guider par les médecins.

Ces "indifférents" sont peu nombreux : 3 dans notre série comportant 2 hommes respectivement âgés de 75 et 69 ans, le premier portant son premier cardiostimulateur, le second son 2^e, et une femme de 62 ans qui a déjà subi un changement de boîtier.

Enfin, certains patients ont une attitude que l'on peut qualifier de raisonnée : ils ont parfaitement compris leur maladie; ils en ont mesuré la gravité mais savent qu'avec la thérapeutique proposée, ils ont un minimum de chances de voir se renouveler une perte de connaissance. Ils mettent en évidence leur grande confiance en l'appareillage.

Leur confort psychique est intact, ils ont conscience de leurs limites physiques mais n'en souffrent pas.

Tous sont des hommes âgés de plus de 60 ans : 64, 84, 83 et 76 ans (observations n° 7, 8, 16 et 33). Nous retrouvons parmi eux le patient de 83 ans qui a décidé de léguer son corps à la Faculté de Médecine (observation n° 16).

Parmi ces 4 patients, un seul compte son pouls tous les jours (observation n° 33). Il ne s'agit pas d'un anxieux nous l'avons vu plus haut, mais d'un sujet particulièrement méticuleux suivi antérieurement pour une maladie mitrale en fibrillation auriculaire connue de longue date et bien supportée. Ayant eu l'habitude de se palper régulièrement le pouls, cette attitude a été conservée. Il contrôle ainsi le bon fonctionnement de son Pace-maker à fréquence fixe Chardack Medtronic 5870C. Les 3 autres, par contre, ne vérifient jamais leur fréquence cardiaque; 2 portent un appareil analogue, le 3^e un Pace-maker inhibé par l'onde R Chardack Medtronic 584I.

CONCLUSION

Nous avons donc rapporté 35 observations de sujets porteurs de Pace-makers.

Parmi ceux-ci, on relève :

- 14 patients anxieux avec tendance dépressive (1 seul syndrome dépressif véritable a été observé - observation n° 27).

Ils craignent une hypothétique récurrence syncopale par panne subite de l'appareillage. L'anxiété atteint 50% des sujets quelque soit leur sexe lors de la première implantation (7 hommes sur 15, 2 femmes sur 4).

Après un ou plusieurs changements de boîtiers, cette proportion reste identique chez les femmes (4 pour 8) mais diminue nettement chez les hommes (1 pour 8). Sans doute, faut-il voir ici la tendance habituellement plus anxieuse de ces dernières.

Dans ce groupe, 3 patients (2 hommes et 1 femme) considèrent le Pace-maker comme un parasite, certes indispensable à leur survie; ils ressentent péniblement cette thérapeutique, car leur vie, autonome avant la maladie, dépend maintenant d'un dispositif artificiel entièrement étranger à leur organisme. Ces 3 sujets du fait du symbole qu'ils prêtent aux pulsations cardiaques ("souffle de vie") estiment que l'intégrité de leur personnalité n'est pas respectée puisqu'il y a en eux "quelque chose d'autre qui les fait vivre". Cependant, aucun de ces 3 sujets, n'a refusé à priori le Pace-maker.

- 4 patients sont totalement indifférents au mode thérapeutique proposé, ils l'ont accepté passivement au même titre que la simple prise de médicaments.

- Enfin 17 patients supportent psychiquement très bien leur Pace-maker. Parmi eux, 4 hommes ont une attitude raisonnée connaissant bien maladie et thérapeutique; 13 malades, avec une égale proportion d'hommes et de femmes ayant subi une ou plusieurs implantations, ont une attitude délibérément optimiste, voire enthousiaste, parfois mêlée de fierté (3cas) le cardiostimulateur leur ayant permis de reprendre une activité normale pour des sujets de leur âge.

On peut donc conclure que si :

- environ 1/3 des porteurs de Pace-makers sont des anxieux et dépressifs légers qui par ailleurs mènent une vie quasiment normale et
- 2/3 des patients supportent bien (indifférence ou optimisme) le traitement qui a été proposé,

le stimulateur cardiaque interne est un moyen thérapeutique qui ne pose pas dans la grande majorité des cas où il a été indiqué de problème particulier de tolérance psychique.

Vu, le Président de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur J. FACQUET

Professeur P. CASTAIGNE

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - JOUVE A., TORRESANI J.
Bradycardies - EMC
- 2 - MOTTE G., COUMEL PH., ABITBOL G., DESSERTENNE F., SLANIA R.
Le syndrome QT long et syncopes par torsade de pointe.
Arch. Mal. Coeur et Vx, n° 6 Juin 1970.
- 3 - PERRIN A. et NORMAND J.
Les syncopes au cours des cardiopathies.
Revue du Praticien Tome XV n° 1
- 4 - FONTAINE G., GILGENKRANTZ J.H., TORRESANI J., WELTI J.J., et BOUVRAIN Y.
Surveillance d'un malade porteur d'un stimulateur cardiaque interne (S.I.C.) et conduite à tenir devant les pannes de l'entraînement électrosystolique (E.E.S.).
Table Ronde 21 Mai 1968.
Ann. Cardiol. Angéiol. 1969 19 (n° 1) 1.22.
- 5 - LENA LIU MD, SYLVIA P., GRIFFITHS M.D. and Paul H. GERST M.D.
Implanted pace-maker in children.
Am. J. of Cardiol. Vol. 20 Nov. 1967.
- 6 - SLANIA R. et COUMEL P.
L'entraînement électrosystolique du coeur.
Rev. Prat. T. XVI n° 29 (II Nov. 1966).
- 7 - GERBAUX A. et LENEGRÉ J.
Traitement du bloc auriculo-ventriculaire.
Rev. Prat. T. XVI n° 29 (II Nov. 1966).
- 8 - WELTI J.J., FONTAINE G., BRAUD J. et KEVORKIAN H.
Etat actuel de la stimulation cardiaque au long cours.
Rev. Prat. TXX n° 9 (21 Mars 1970).
- 9 -
Rôle des facteurs psychiques dans l'angine de poitrine.
Colloque International : Anxiété angoisse angor
Monaco 24,25 Avril 1970 (1 vol. Editions HOECHST.)

10 - BALINT M.

Le médecin, son malade et la maladie (I vol.)
Petite Bibliothèque PAYOT.

11 - PICHOT P.

Nosologie des états dépressifs; bases étiologiques
Acta Psychosomatica (I vol.) Documenta GEIGY.
